



ORD100000

# Formulario de pedido

## Sólo tiene que seguir estos pasos simples para comenzar a usar Aetna Rx Home Delivery®:

### Clientes nuevos *Recetas médicas nuevas*

1. Llene las secciones A, B y C del formulario de pedido.
2. Llene el formulario de registro del paciente.
3. Envíenos por correo postal el formulario de pedido y el formulario de registro del paciente junto con sus recetas médicas y método de pago. Por favor escriba su nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de identificación de miembro en cada receta médica.

**Por favor envíe todos los pedidos por correo postal a:**

**Aetna Rx Home Delivery**  
**P.O. Box 829518**  
**Pembroke Pines, FL 33082-9913**

### Clientes que regresan *Recetas médicas nuevas o rellenos de recetas médicas existentes*

1. Llene las secciones A, B y C del formulario de pedido.
2. Llene el formulario de registro del paciente SÓLO si su información de miembro ha cambiado.
3. Envíenos el formulario de pedido y el formulario de registro del paciente junto con sus recetas médicas y método de pago. Por favor escriba su nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de identificación de miembro en cada receta médica.

**También puede pedir rellenos en el sitio de Internet**  
**www.aetna.com/rxhomedelivery o llamando al 1-800-227-5720.**  
**(TDD: 1-800-823-6373).**

**Método de entrega:**  Estándar  Al día siguiente (aplicarán cargos adicionales)

## SECCIÓN A

Su nombre		Su número de identificación de Aetna		Número de la Parte B de Medicare (si tiene uno)	
Nombre del suscriptor		Empleador del suscriptor		Número de identificación de Aetna del suscriptor	
Dirección domiciliaria		Ciudad	Estado	Código postal	
Marque aquí si su dirección domiciliaria es nueva <input type="checkbox"/>					
Teléfono de día		Teléfono de la tarde	Celular	E-mail	
Dirección de entrega (si es diferente de la dirección domiciliaria) <b>Nota importante:</b> Esta información domiciliaria sólo será usada para este pedido.					
Nombre		Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

## SECCIÓN B

Nombre	Identificación del miembro de Aetna	Nombre del medicamento y dosis	Médico recetante Nombre y número de teléfono	Marca solamente (X)	Al pedir un relleno: Ingrese los números de relleno abajo

Le enviaremos automáticamente los medicamentos genéricos aprobados por la FDA en vez de medicamentos de marca cuando: (1) haya un medicamento genérico equivalente disponible, y (2) las instrucciones de la receta de su médico lo permitan. Si usted **no** desea que le enviemos el equivalente genérico, debe marcar la casilla "Marca solamente" arriba en el caso del medicamento que desea sólo como marca. Si el miembro selecciona un medicamento de marca cuando un medicamento alternativo genérico esta disponible (sin importar la razón), podrían estar sujetos a un copago más alto.

En la mayoría de casos, no podemos proporcionar reembolsos por medicamentos devueltos. Si tiene preguntas sobre su pedido o sobre nuestra política de devoluciones, por favor llame a Servicio al Cliente al 1-800-227-5720.

## SECCIÓN C

Para calcular el costo de sus medicamentos, visite [www.aetna.com](http://www.aetna.com) e ingrese a *Aetna Navigator*™. Busque la pestaña "Take Action on Your Health" (Tome acción para su salud), y seleccione "Cost of Care" (Costo de atención médica). Encontrará el costo de sus medicamentos en el enlace "Prescription Drugs" (medicamentos bajo receta). También puede llamar al número sin cargo de su tarjeta de identificación del miembro de Aetna para obtener información sobre el costo de los medicamentos.

**Método de pago:** Gire un cheque o giro postal a nombre de Aetna Rx Home Delivery o use su tarjeta personal de crédito o débito. Por favor no envíe dinero en efectivo. Información importante:

- Si no incluye un método de pago con su pedido, y ha pagado un pedido anterior con tarjeta de crédito o débito, usaremos dicha tarjeta de crédito o débito como método de pago para este pedido.
- Si tiene un saldo pendiente con nuestra farmacia, probablemente no se pueda procesar este pedido hasta que el pago sea recibido.
- Si tiene la opción de débito automático de una Cuenta de gastos flexible (FSA), o si está inscrito en el plan *Aetna HealthFund*® o *Vital Savings on Health*™, le pedimos que proporcione una tarjeta personal de crédito o débito para cubrir los gastos que excedan el saldo de su cuenta.
- Si está inscrito en una FSA, Cuenta de ahorros médicos (HSA) o un programa de *Vital Savings on Health* (Ahorros vitales de la salud) y tiene una tarjeta de débito FSA/HSA/Vital Savings, podrá usar su tarjeta como pago (tendrá que proporcionar su tarjeta personal de crédito o débito para cubrir los gastos que excedan el saldo de su cuenta).
- Proporcionando su tarjeta de crédito o débito evitará las demoras en el proceso de su pedido en caso el saldo de su cuenta no sea suficiente.

Número de tarjeta de crédito o débito MC/VISA/AmEx/Discover Fecha de expiración

Número de tarjeta de débito FSA/HSA Fecha de expiración

Titular de la tarjeta Firma

Las tarjetas de crédito y/o débito usadas para procesar este pedido mostrarán cargos por el costo del pedido de medicamentos, costos de entrega rápida (si corresponden) y cualquier saldo pendiente. También mostrarán cargos por todo pedido futuro a menos que usted proporcione otra forma de pago.

Cantidad total adjunto (si está pagando con un cheque o giro postal) \_\_\_\_\_

# Formulario de registro del paciente



PTR100000

**Llene la siguiente sección si éste es su primer pedido a Aetna Rx Home Delivery o si su información ha cambiado.**

Por favor complete la siguiente información de CADA familiar cubierto por el beneficio de farmacia de Aetna. Seleccione "Ninguna" para los familiares que no tienen alergias ni condiciones médicas. Para su comodidad, esta información será incluida como parte de su perfil familiar con Aetna RX Home Delivery. Usaremos esta información para verificar los potenciales efectos y alergias que los medicamentos pueden causar. Marque con una (X) los campos de abajo a menos que se indique lo contrario.

Información de miembro				Alergias				Condiciones médicas							
NOMBRE DEL FAMILIAR	Se prefiere el español*	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Género (M/F)	Parentesco al suscriptor (C)ónyuge, (H)ijo, (O)tro	Ninguna	Penicilina	Sulfas	Aspirina	Tiroides	Diabetes	Glaucoma	Condiciones cardíacas	Presión alta	Úlcera	Epilepsia

NOMBRE DEL FAMILIAR	Otras alergias o condiciones médicas no listados arriba (especifique)

**Si usted o un familiar sufren de diabetes, indique el tipo de suministros que están usando abajo:**

Nombre	Monitor	Lancetas	Tiras de prueba	Número de pruebas al día

Si tiene un seguro secundario con otra aseguradora, **marque aquí**

**Importante:** Al enviar este formulario, estará autorizando la divulgación de toda la información contenida a Aetna Rx Home Delivery, LLC, y sus afiliadas.

Aetna Rx Home Delivery® ahora ofrece a sus clientes la posibilidad de pagar los saldos adeudados por teléfono. Si desea usar esta opción de pago, indíquese a nuestro asociado de Servicio al Cliente para que debite electrónicamente el saldo adeudado de su cuenta bancaria. La primera vez que use este servicio, nuestro asociado le pedirá que verifique su nombre, dirección y otra información adicional para ayudarnos a identificarlo con precisión y asegurar su transacción. Se le pedirá que elija una identificación del usuario y número de autorización, el cual tendrá que proporcionar en futuras transacciones de "pago con cheque por teléfono".

Cuando usted paga con cheque, nos autoriza a utilizar información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos de su cuenta o para procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando usamos la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden ser retirados de su cuenta hasta el mismo día en que [usted hace] [nosotros recibimos] el pago, y su institución financiera no le devolverá el cheque].

Por favor observe que la práctica de envío estándar de Aetna Rx Home Delivery es enviar todo pedido de medicamentos en una cuenta al suscriptor del plan médico. Por ejemplo, el pedido de un familiar será enviado a la dirección del suscriptor. Si usted desea realizar arreglos de envío alternativos, por favor llame al número de teléfono de Servicio al Cliente proporcionado en el frente de este formulario.

\* Para su comodidad, Aetna Rx Home Delivery cuenta con personal de habla hispana entre sus representantes de servicio al cliente.

