

Planes de salud y beneficios de calidad
Vida más saludable
Bienestar económico
Soluciones inteligentes

aetna[®]

Su farmacia en su buzón
de correo

Aetna Rx Home Delivery[®]

www.aetna.com



Nuestra farmacia de órdenes por correo puede ahorrarle tiempo y dinero

Disfrute los beneficios de su farmacia de órdenes por correo

¿Padece alguna enfermedad crónica como artritis, asma o diabetes? ¿Tiene presión sanguínea alta o colesterol alto?

¿Toma medicamentos con receta regularmente para tratar este tipo de enfermedades o afecciones médicas?

Estos tipos de medicamentos se denominan medicamentos de mantenimiento. *Aetna Rx Home Delivery*® puede abastecer y reabastecer los medicamentos por correo.

Obtenga más, ahorre más

- Puede recibir suministros de hasta 90 días en su casa o en cualquier lugar que elija.
- Según el plan que tenga, es posible que pague menos al utilizar este servicio.

Servicio de calidad

- Los farmacéuticos revisan que todas las recetas estén correctas. Además, pueden responder sus preguntas en cualquier momento del día o de la noche.
- El envío es rápido y confidencial. El envío estándar siempre es gratuito.

Haga su primer pedido hoy mismo

Paso 1

Pídale a su médico que haga DOS recetas.

- **Receta 1: suministro de un mes.** Abastezca su receta en una farmacia local al por menor. Con este suministro a corto plazo tendrá suficientes medicamentos a mano hasta recibir su primer pedido de *Aetna Rx Home Delivery*.
- **Receta 2: suministro de 90 días** generalmente (con tres reabastecimientos). Envíe esta receta a *Aetna Rx Home Delivery*.

Paso 2

Elija uno de estos medios para presentar su pedido:

- 1. Correo:** envíenos por correo su receta para un suministro de 90 días junto con un formulario de solicitud completo. El formulario se adjunta a este folleto. También puede visitar www.aetna.com e ingresar en *Aetna Navigator*®, el sitio seguro en Internet para miembros. O vaya a www.aetnavigator.com. Una vez que ingrese, haga clic en el enlace a "Aetna Pharmacy".

- 2. Fax:** pídale a su médico que envíe por fax su nueva receta junto con su formulario de solicitud completo. El número de fax también figura en el formulario de solicitud. Asegúrese de que en la portada del fax, el médico incluya su número de identificación de miembro, su fecha de nacimiento y su dirección postal. Solo el médico está autorizado para enviar una receta por fax.

3. Teléfono:

llame a nuestro número gratuito **1-888-RX AETNA (1-888-792-3862)** o **TDD: 1-800-823-6373**. Con el programa *Aetna Rx Courtesy Start*™, nos comunicaremos con su médico para obtener una nueva receta. Es posible que su médico requiera que programe una visita para poder recetarle nuevamente. Después de que contactemos a su médico, espere hasta siete días a que recibamos una respuesta. Para acelerar el proceso, le recomendamos que le avise al médico que vamos a contactarlo.

Nota: Cuando llene el formulario de solicitud, asegúrese de completar la sección de método de pago. Necesitamos saber a qué tarjeta de crédito facturar los montos que corresponden o de qué tarjeta de débito deducirlos. También puede utilizar su cuenta de ahorros de atención de salud o su cuenta de gastos flexible como forma de pago.

Solicitar reabastecimientos es fácil

Puede solicitar reabastecimientos de la siguiente manera:

1. En línea

Visite www.aetna.com e ingrese en *Aetna Navigator*, el sitio seguro en Internet para miembros. O vaya a www.aetnavigator.com. Una vez que ingrese, haga clic en el enlace a "Aetna Pharmacy". Puede solicitar reabastecimientos, verificar el estado de su pedido y más.

2. Por teléfono

Comuníquese con Servicios al Cliente de Rx al número gratuito **1-888-RX AETNA (1-888-792-3862)**. Tenga a mano su número de identificación de miembro de Aetna, el de la receta y el de la tarjeta de crédito.

3. Por correo

Envíe el formulario para solicitar reabastecimientos que recibió con su última orden. Envielo por correo junto con su pago. En el formulario también se indica dónde puede solicitar su próximo reabastecimiento

Los planes de beneficios y de seguro de salud son ofrecidos, administrados o asegurados por Aetna Health Inc., Aetna Health Insurance Company of New York, Aetna Health Insurance Company o Aetna Life Insurance Company (Aetna). En Florida, por Aetna Health Inc. o Aetna Life Insurance Company. En Maryland, por Aetna Health Inc., 151 Farmington Avenue, Hartford, CT 06156. Cada compañía de seguros tiene responsabilidad financiera exclusiva sobre sus propios productos.

Preguntas y respuestas

¿A quién puedo llamar si tengo alguna pregunta?

Si tiene preguntas sobre su pedido o su cobertura de medicamentos con receta, comuníquese con Servicios al Cliente de Rx al número gratuito **1-888-RX AETNA (1-888-792-3862)**.

¿Qué recetas puedo enviar a *Aetna Rx Home Delivery*?

Aetna Rx Home Delivery abastece recetas de medicamentos de mantenimiento. Estos tipos de medicamentos se toman regularmente para tratar artritis, asma, diabetes, enfermedades cardíacas, nivel alto de colesterol y otras enfermedades crónicas.

¿Cuándo debo utilizar una farmacia al por menor?

Si tiene una enfermedad aguda, como una infección, su médico le recetará un medicamento que usted debe tomar por un período corto de tiempo.

Lleve este tipo de receta a su farmacia local. Le recomendamos que utilice las farmacias de la red de Aetna. Para encontrar una cerca de su casa, visite www.aetna.com e ingrese en *Aetna Navigator*, el sitio seguro en Internet para miembros. O vaya a www.aetnanavigator.com. Una vez que ingrese, haga clic en "Find a Doctor, Pharmacy or Facility" (encontrar un médico, una farmacia o un centro).

¿Puedo abastecer una receta por correo para un medicamento designado como sustancia controlada?

Sí. Las leyes federales y estatales exigen que envíe por correo una receta emitida por su médico para este tipo de medicamentos.

Envíos, costos y devoluciones

¿En cuánto tiempo recibiré mi pedido de medicamentos por correo?

Por lo general, si su pedido está completo, lo recibirá en un plazo de 10 a 14 días desde el momento en que *Aetna Rx Home Delivery* recibe su pedido. Puede solicitar una entrega urgente con un cargo adicional. Es posible que haya una demora si necesitamos comunicarnos con su médico.

Para evitar demoras, asegúrese de completar el formulario de solicitud en su totalidad y de enviar todo el pago en el momento en que realiza el pedido.

¿Dónde puedo obtener un formulario de solicitud?

Incluimos uno con este folleto. También puede obtenerlos en línea. Visite www.aetna.com e ingrese en *Aetna Navigator*, el sitio seguro en Internet para miembros. O vaya a www.aetnanavigator.com. Una vez que ingrese, haga clic en el enlace a "Aetna Pharmacy".

¿Cuánto debo pagar por un medicamento con receta?

Consulte costos de una de estas maneras:

• **En línea:** Visite www.aetna.com e ingrese en *Aetna*

Navigator, el sitio seguro en Internet para miembros. O vaya a www.aetnanavigator.com. Una vez que ingrese, haga clic en el enlace a "Aetna Pharmacy". Luego haga clic en "Get Drug Prices" (obtener los precios de los medicamentos).

• **Por teléfono:** Comuníquese con Servicios al Cliente de Rx al número gratuito **1-888-RX-AETNA (1-888-792-3862)**.

¿Cuál es el costo de los gastos de envío?

El envío estándar siempre es gratuito. Se cobra un costo adicional por el envío si necesita una entrega más rápida.

No aceptamos devoluciones de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política de devolución de pedidos, comuníquese con Servicios al Cliente de Rx al número gratuito **1-888-RX AETNA (1-888-792-3862)**.

Nuestros representantes de Servicios al Cliente se encuentran a su disposición para responder sus preguntas. **En la mayoría de los casos, no podemos realizar reembolsos por los medicamentos devueltos.**

Sus medicamentos con receta

¿Los suministros para 90 días son la cantidad estándar que se envía por correo?

Eso depende de su médico y de su plan. Usted puede obtener solamente la cantidad de medicamentos que su médico le recete. Si su médico le receta un suministro para 30 días con tres reabastecimientos, solo podrá recibir un suministro para 30 días por vez.

Consulte con su médico si puede recetarle un suministro para 90 días. También verifíquelo con su plan. Para saber cuál es el suministro máximo por día, comuníquese con Servicios al Cliente de Rx al número gratuito **1-888-RX AETNA (1-888-792-3862)**.

¿Las recetas caducan?

La mayoría de las recetas, incluso los reabastecimientos, caducan después de un año de la fecha en que se hicieron (a veces antes). Si llegara a suceder esto, su médico deberá hacerle una nueva receta, aun cuando la etiqueta de su receta muestre que le quedan reabastecimientos.

¿Cuál es su política de sustitución genérica?

Hable con su médico sobre los medicamentos genéricos. Los genéricos son medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por ser seguros y efectivos. Contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, en las mismas cantidades. ¡Y cuestan mucho menos!

La ley de farmacias, por lo general, permite la sustitución genérica. Podemos sustituir un medicamento de marca por uno genérico, salvo que su médico indique lo contrario. Si quiere recibir un medicamento de marca, pídale a su médico que le haga una receta para medicamentos de marca únicamente.

Nota: Según el plan que tenga, es posible que pague más por un medicamento de marca.

Los planes de beneficios y de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. Aetna Rx Home Delivery se refiere a Aetna Rx Home Delivery, LLC, subsidiaria de Aetna Inc., una farmacia con licencia que brinda el servicio de medicamentos con receta por correo.

Cuando paga por medio de un cheque, nos autoriza a utilizar la información de su cheque ya sea para realizar una única transferencia electrónica de fondos de su cuenta o para procesar el pago como una transacción con cheque. Cuando utilizamos información de su cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden extraerse de su cuenta el mismo día que usted realiza el pago o que nosotros lo recibimos. Su institución financiera no le devolverá el cheque.

Si bien se cree que la información dada en el presente documento es precisa a la fecha de producción, está sujeta a cambios. Si desea obtener más información sobre los planes de Aetna, ingrese en www.aetna.com.


www.aetna.com



aetna® Formulario para Ordenar Medicamentos Aetna Rx Home Delivery®

* WEB *

* WEB *

<p>Anote su Número de ID</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p>-----</p> <p>Nombre del Patrocinador del Plan de Recetas o Nombre de la Compañía</p>																					<p>Envíe este formulario a:</p>  <p>AETNA RX HOME DELIVERY PO BOX 417019 KANSAS CITY MO 64179-7019</p>

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Use **tinta azul o negra**, letras **mayúsculas**, y llene **ambos lados** de esta formulario.

Recetas Nuevas: Envíe sus recetas con este formulario. Número de recetas **nuevas**:

Repeticiones: Ordene por Web, el teléfono, o escriba los números abajo. Número de **repeticiones**:

Para recibir un servicio más rápido, ordene las repeticiones en www.aetnnavigator.com o llame sin cargos al **1-888-RX AETNA (1-888-792-3862)**, o TDD (para impedimentos auditivos) al **1-800-823-6373**. Su médico puede enviar por fax su(s) receta(s) a **1-877-270-3317**. Sólo un médico puede enviar por fax una receta.

A Dirección de envío. Para enviar a una dirección diferente de la indicada anteriormente, por favor cámbielo aquí.

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Sufijo (JR, SR)
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
Dirección	No. de Apto.	<input type="radio"/> Use esta dirección sola- mente para este pedido.	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código Postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	
No. Telefónico/Día: <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	No. Telefónico/Noche: <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>		

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

B Repeticiones: Para ordenar sus repeticiones, escriba los números de las recetas abajo.

1) -----	2) -----	3) -----	4) -----
5) -----	6) -----	7) -----	8) -----

Aetna desea proveerle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible. Para lograrlo, sustuiremos edicamentos de marca por equivalentes genéricos cuando sea posible. Si no desea que sustuyamos su medicamento por uno genérico, denos instrucciones específicas, más los nombres de los medicamentos, en la sección de "Instrucciones Especiales" de este formulario.

Todas las reclamaciones por recetas enviadas a Aetna Rx Home Delivery usando este formulario se presentarán a su plan de beneficios para el pago. Si no desea presentarse a su plan, no use este formulario. Puede llamar a atención al cliente para hacer arreglos alternativos para la sumisión de su pedido y pago.

Podemos enviar todas estas recetas en el mismo paquete a menos que se indique de otra manera.

Al presentar este formulario usted verifica que la información es correcta, que las recetas adjuntas son para el uso de los participantes elegibles y autoriza la divulgación de toda la información al patrocinador, administrador o subscriptor del plan. Toda comunicación sobre esta cuenta será dirigida al miembro (empleado/jubilado). Si un cónyuge u otro dependiente elegible desea dirigir sus comunicaciones a una dirección o número de teléfono distintos, pueden completar el formulario de Solicitud de Comunicación Confidencial provista en el Aviso de Privacidad, o en nuestro sitio de Internet, de estar disponible.



C Información de las personas que necesitan recetas. Si hay más de dos personas, por favor complete otra forma.

1ª persona con una repetición o receta nueva. Esta persona necesita:

Formularios/etiquetas en Español

Apellido

Apodo

Primer Nombre

Sufijo

Fecha de Nacimiento: MM-DD-AAAA - -

Género: M F

Dirección de e-mail: _____ Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del Médico _____ Primer Nombre del Médico _____ No. Telefónico del Médico _____

Indique **nueva** información sobre alergias o salud para esta persona. Sólo indique **nueva** información.

Alergias: Ninguna Aspirina Cefalosporina Codeína Eritromicina Cacahuates Penicilina
 Sulfonamidas/Sulfa Otra: _____

Información de Salud: Artritis Asma Diabetes Reflujo Gástrico Glaucoma Condición Cardíaca
 Hipertensión Colesterol Alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la Próstata Tiroides
 Otra: _____

2ª persona con una repetición o receta nueva. Esta persona necesita:

Formularios/etiquetas en Español

Apellido

Apodo

Primer Nombre

Sufijo

Fecha de Nacimiento: MM-DD-AAAA - -

Género: M F

Dirección de e-mail: _____ Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del Médico _____ Primer Nombre del Médico _____ No. Telefónico del Médico _____

Indique **nueva** información sobre alergias o salud para esta persona. Sólo indique **nueva** información.

Alergias: Ninguna Aspirina Cefalosporina Codeína Eritromicina Cacahuates Penicilina
 Sulfonamidas/Sulfa Otra: _____

Información de Salud: Artritis Asma Diabetes Reflujo Gástrico Glaucoma Condición Cardíaca
 Hipertensión Colesterol Alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la Próstata Tiroides
 Otra: _____

D Instrucciones Especiales: _____

E ¿Cómo querría pagar por este pedido? Llene el óvalo para escoger un pago.

Cheque Electrónico. Pague de su cuenta bancaria. Registrar en línea o llamando a Servicio al Cliente.

Tarjeta de crédito o de débito. (VISA®, MasterCard®, Discover®, o American Express®, incluyendo tarjetas de débito de FSA/HRA/HSA)

Llene este óvalo para utilizar su tarjeta en récord.

Llene este óvalo para utilizar una tarjeta nueva o para actualizar la fecha de expiración de su tarjeta.

Expira: MMAA

Cheque o Giro Postal. Cantidad: \$.

- Haga su cheque o giro postal a nombre de Aetna Rx Home Delivery.
- Escriba su Aetna Número de ID de Miembro en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es regresado, le cargaremos hasta \$40.

El Pago para Balance Adeudado y los Pedidos Futuros:

Si escogió Cheque Electrónico o un Tarjeta de Crédito o Débito, también lo utilizaremos para pagar por cualquier balance adeudado y para pedidos futuros a menos que proporcione otra forma de pago.

Llene el óvalo si **NO DESEA** utilizar este método de pago para los pedidos futuros.

Firma del Dueño de la Tarjeta de Crédito/ Fecha

La entrega regular es gratis y tomará de 10 a 14 días desde el día que envía este formulario.

Si desea la entrega más rápida, escoja:

- 2º Día Laborable (\$17)** Los días laborables son lunes-viernes
- El Próximo Día Laborable (\$23)**

- Los costos para la entrega más rápida pueden cambiar.
- La entrega más rápida es para el tiempo de envío, no de proceso.
- La entrega más rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apartado de correo.

Autorizo a Aetna Rx Home Delivery a cobrarse de mi tarjeta de crédito para cualquier costos o gastos de envío especiales en efecto entonces mi pedido está lleno.



* WEB *

Por favor, doble aquí →

Por favor, doble aquí →

49-MOF SP WEB 0713 Aetna KC

* WEB *

Por favor, doble aquí →

Por favor, doble aquí →

GR-68701 SP (7-13) A WEB