

C Cuéntenos sobre las personas que piden recetas. Si son más de dos, por favor complete otro formulario.

Primera persona con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

Apellido

Primer nombre

Sufijo (JR, SR)

A P O D O

Género: M F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____

Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del médico _____

Primer nombre del médico _____

N.º telefónico del médico _____

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 1ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

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

Afecciones médicas: Artritis Asma Diabetes Reflujo gástrico Glaucoma Afección cardíaca Hipertensión Colesterol alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la próstata Tiroides Otra: _____

Segunda persona con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

Apellido

Primer nombre

Sufijo (JR, SR)

A P O D O

Género: M F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____

Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del médico _____

Primer nombre del médico _____

N.º telefónico del médico _____

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 2ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

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

Afecciones médicas: Artritis Asma Diabetes Reflujo gástrico Glaucoma Afección cardíaca Hipertensión Colesterol alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la próstata Tiroides Otra: _____

D Instrucciones especiales: _____

E ¿Cómo querría pagar por este pedido? (Si su copago es \$0, usted no necesita proveer la información de pago.)

Cheque electrónico. Pague de su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llamar a Servicio al Cliente.)

Tarjeta de crédito o de débito. (VISA®, MasterCard®, Discover®, o American Express®)

Use su tarjeta en récord.

Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de vencimiento de su tarjeta.

Vence: MMAA

Cheque o giro postal. Cantidad: \$

• Haga su cheque o giro postal a nombre de Aetna Rx Home Delivery.

• Escriba su N.º de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.

• Si su cheque es devuelto, le cargaremos hasta \$40.

Pago para saldo adeudado y pedidos futuros:

Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también utilizaremos ese método para pagar por cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros.

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

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

Firma del dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

La entrega regular es gratis y tomará hasta 5 días después de que su pedido sea procesado. **Si desea la entrega más rápida, escoja:**

2º día laboral (\$17)

Entrega rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apt. de correo.

El próximo día laboral (\$23)

Tiempo de trámite luego de recibir el formulario:

• Reposiciones: 1-2 días

• Recetas nuevas/renovados: Dentro de 5 días a menos que se necesite información adicional de su médico (Los costos pueden cambiar)



* WEB *

Por favor, doble aquí →

Por favor, doble aquí →

MOF SP WEB 0316 AETNA KC

* WEB *

Por favor, doble aquí →

Por favor, doble aquí →

GR-68701 D SP (7-16) WEB