# Es hora de sus exámenes de rutina para la mujer

Aetna Better Health® of Virginia

## Es hora de sus exámenes de rutina para la mujer.

Aetna Better Health of Virginia quiere que se realice sus exámenes de rutina y evaluaciones de detección para la mujer. Solicite hoy una consulta para ver a su proveedor de atención primaria (PCP) o a su OB/GIN. Pregunte si le corresponde un Papanicolaou, una mamografía, y otras evaluaciones y pruebas necesarias. Si necesita ayuda para encontrar un PCP, OB/GIN o centro de mamografías, solo llame a Servicios al Miembro al **1-800-279-1878 (TTY 711)**. Estamos aquí para brindarle ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Es posible que no necesite todos estos servicios para cumplir con los requisitos. Debe tener 18 años o más y completar todos los servicios tal y como le haya recomendado su proveedor.

Si completa la atención que necesita y nos lo notifica, podría tener derecho a los siguientes incentivos:

- **Prueba de Papanicolaou: $10**
  Fecha de la visita: _____
- **Mamografía: $10**
  Fecha de la visita: _____
- **Prueba de detección de cáncer colorrectal: $15**
  Fecha de la visita: _____
- **Vacuna antigripal: $10**
  Fecha de la visita: _____
- **Atención preventiva: $30**
  Fecha de la visita: _____

**Tenga en cuenta:** es posible que exista un límite anual en el monto total de incentivos que podría recibir por año calendario. Los servicios deben brindarse antes del 31 de diciembre de este año.

**Debe ser miembro de Aetna Better Health of Virginia al momento de la visita.*

Conozca qué otras recompensas y beneficios adicionales puede obtener escaneando el código QR o visitando **AetnaBetterHealth.com/Virginia.**

**AetnaBetterHealth.com/Virginia**

aetna®

Aetna Better Health® of Virginia

1165856-VA-SP (rev 6/26)

Si es miembro o proveedor, complete este formulario y envíenoslo por fax al **844-203-0020** o por correo electrónico a **QualityManagementPrograms@Aetna.com**.

## Formulario de recompensas de bienestar

**(límite de una recompensa de bienestar de cada tipo al año)**

Nombre del miembro (letra de imprenta) _____

Número de ID de miembro _____

Dirección _____

Ciudad_____ Estado_____ Código postal _____

Teléfono _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre del proveedor_____

Número de ID del proveedor_____

Dirección del proveedor _____

Ciudad_____ Estado_____ Código postal _____

Teléfono del proveedor _____ Correo electrónico del proveedor _____

**Marcar los servicios brindados en el día de la consulta:**

***Solo para uso del proveedor***

☐ **Prueba de Papanicolaou.** Fecha de la visita: _____

☐ **Mamografía.** Fecha de la visita: _____

☐ **Prueba de detección de cáncer colorrectal.** Fecha de la visita: _____

☐ **Vacuna antigripal.** Fecha de la visita: _____

☐ **Atención preventiva.** Fecha de la visita: _____

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

**ENGLISH:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**ESPAÑOL:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**KOREAN:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104 (TTY: 711)** 번으로 연락해 주십시오.

**AetnaBetterHealth.com/Virginia**

aetna®

**Aetna Better Health® of Virginia**

1165856-VA-SP (rev 6/26)