



Aetna Better Health® of Virginia

Es hora de realizar los exámenes médicos para hombres

Es hora de realizar los exámenes médicos para hombres.

Aetna Better Health of Virginia quiere que usted se realice los exámenes y las pruebas de detección. Programe una consulta para ver a su proveedor de atención primaria (PCP). Pregúntele a su proveedor si debe realizarse una prueba de detección de cáncer colorrectal, un examen de próstata y otros exámenes u otras pruebas que puedan corresponderle. Si necesita ayuda para encontrar un PCP, simplemente llame a Servicios al Miembro al **1-800-279-1878 (TTY 711)**. Estamos aquí para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los miembros que reciban estos servicios y envíen este formulario o hagan que su proveedor lo devuelva a Aetna Better Health recibirán los siguientes incentivos en una **tarjeta de regalo de \$25***.

Para reunir los requisitos para obtener su tarjeta de regalo de \$25, debe completar todas las pruebas de detección elegibles que su proveedor considere médicamente apropiadas. Los exámenes y las pruebas de detección incluyen:

- Atención médica preventiva (todas las edades)
- Prueba de detección de cáncer colorrectal (según lo recomendado por su proveedor)
- Examen de próstata (según lo recomendado por su proveedor)
- Vacuna antigripal (todas las edades)

Tenga en cuenta lo siguiente: puede haber un límite anual en el monto total de incentivos que podría recibir por año calendario. Los servicios deben completarse antes del 31 de diciembre de este año.

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

[AetnaBetterHealth.com/Virginia](https://www.aetnabetterhealth.com/virginia)

1165350-VA-SP



Aetna Better Health® of Virginia

Miembro o proveedor, complete este formulario y envíenoslo por fax al **844-203-0020** o por correo electrónico a **QualityManagementprograms@aetna.com**

Nombre del miembro (letra de molde) _____

Número de ID del miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Número de teléfono _____

Fecha de nacimiento del miembro _____

Nombre del médico (en letras de molde) _____

Número de ID del proveedor (solo para uso del proveedor) _____

Dirección _____

Dirección 2 _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Número de teléfono _____

Firma del médico (si está disponible) _____ **Fecha de la visita** _____

Verifique los servicios completados en la fecha de la visita:

- Atención médica preventiva
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Examen de próstata
- Vacuna antigripal

Uso exclusivo del proveedor:

Marque todos los servicios que el paciente no necesita en el año en curso.

- Atención médica preventiva
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Examen de próstata
- Vacuna antigripal

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, 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)**.

SPANISH: 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.