



会员奖励活动表

姓名 _____ 出生日期(DOB) _____ 会员 ID _____

请填写此表格,并附上医生诊所提供的相关证明文件,通过以下任一方式提交:

传真(FAX): (714) 551-3831

邮寄(MAIL): Astiva Rewards c/o QI

电子邮件(EMAIL): rewards@astivahealth.com 765 The City Drive South, Suite 200 - Orange, CA 92868

活动	资格条件	完成日期	医生姓名	地点
完成以下任一项目: 结肠镜检查(Colonoscopy) 或 粪便潜血检测(Stool Occult Blood Test)				
乳腺癌筛查 (\$50)	女性会员			
糖尿病眼部检查 (\$50)	患有糖尿病的会员			
完成急诊后护理评估 (\$25)	前往急诊室(ER) 但未住院的会员			
就诊后复诊 (如未住院) (\$50)	在急诊就诊后7天内 完成主治医师随访的会员			

重要通知:本期申请或获取奖励的截止日期为12月31日。已发放的所有奖励可于次年3月31日前的宽限期内使用;逾期未使用的资金或积分将作废。

我特此声明,据我所知所信,此处所提供的信息均真实、准确且完整。我理解 Astiva Health, Inc. 将依据上述信息进行相关处理并同意如有任何重大变更,将及时通知该机构。填写完成后,请由您的 PCP(主治医生)或 医生 诊所授权工作人员于本表格上签署。

签名 _____ 日期 _____

正楷姓名 _____