



회원 보상양식

이름 _____ 생년월일 _____ 회원 ID _____

본 양식을 작성하신 후, 담당 의료기관에서 발급한 확인 서류와 함께 아래 방법 중 하나로 제출해 주시기 바랍니다:

팩스: (714) 551-3831

우편: Astiva Rewards c/o QI

이메일: rewards@astivahealth.com

765 The City Drive South, Suite 200 - Orange, CA 92868

활동 내역	자격	완료 날짜	의료 제공자 이름	위치
대장내시경 또는 분변 잠혈 검사 실시 (\$50)				
유방암 검진 (\$50)	여성 회원			
당뇨병성 안과 검진 (\$50)	당뇨병이 있는 회원			
응급실 방문후 사후 관리 완료 (\$25)	응급실을 방문했으나 입원하지 않은 회원			
응급실 방문후 주치의(PCP)와의 추후 방문 (\$50)	응급실 방문 후 7일 이내에 주치의와 후속 진료를 완료한 회원			

중요 공지: 본 기간의 보상 적립 및 보상 요청 제출 마감일은 12월 31일입니다. 발급된 보상은 다음 해 3월 31일까지의 유예 기간 동안 사용하실 수 있습니다. 해당 기간 종료 후에는 사용되지 않은 모든 금액 및 크레딧이 소멸됩니다.

본인은 본 문서에 제공된 모든 정보가 본인의 최선의 지식에 따라 사실이며, 정확하고, 완전함을 이에 증명합니다. 또한 Astiva Health, Inc.가 본 정보를 기반으로 업무를 수행한다는 점을 이해하며, 중요한 변경 사항이 발생할 경우 지체 없이 해당 기관에 통지할 것에 동의합니다.

본 양식은 관련 활동 완료 후 귀하의 주치의(PCP) 또는 주치의 사무실의 승인된 직원의 서명을 받아 제출하시기 바랍니다.

서명 _____ 날짜 _____

성함 기입 _____