



Formulario de Actividades de Recompensas para Miembros

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ ID del miembro _____

Complete este formulario y envíelo junto con la documentación de verificación de su consultorio médico mediante uno de los siguientes métodos:

FAX: (714) 551-3831

CORREO ELECTRÓNICO:
rewards@astivahealth.com

CORREO POSTAL:

Astiva Rewards c/o QI
765 The City Drive South, Suite 200 - Orange, CA 92868

ACTIVIDAD	ELEGIBILIDAD	FECHA DE FINALIZACIÓN	PROVEEDOR	UBICACIÓN
Hágase una Colonoscopia o Prueba de Sangre Oculta en Heces				
Detección de Cáncer de Mama (\$50)	Miembros femeninos			
Examen Ocular Para Diabéticos (\$50)	Miembros con diabetes			
Completar una evaluación de atención posterior a la sala de emergencias (ER) (\$25)	Miembros que visitaron la sala de emergencias y no fueron admitidos			
Visita de seguimiento posterior a ER con el médico de atención primaria (PCP) (\$50)	Miembros que completen una visita de seguimiento con su médico de atención primaria dentro de los 7 días después de una visita a la sala de emergencias.			

Aviso Importante: La fecha límite para ganar o enviar solicitudes de recompensas para este período es el 31 de Diciembre. Cualquier recompensa emitida permanecerá disponible para su uso durante un período de gracia que finaliza el 31 de Marzo del año siguiente. Todos los fondos o créditos no utilizados se perderán después de esta fecha.

Certifico que toda la información proporcionada en este documento es verdadera, precisa y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que Astiva Health, Inc. se basará en esta información y acepto notificar oportunamente a la organización sobre cualquier cambio sustancial. Se solicita que su médico de atención primaria o el personal autorizado de su consultorio firmen este formulario una vez que se hayan completado las actividades correspondientes.

Firma _____ Fecha _____

Imprimir _____