



Mẫu Hoạt Động Nhận Thưởng Thành Viên

Họ và tên _____ Ngày tháng năm sinh _____ Mã số thành viên _____

Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này và gửi kèm cùng bất kì giấy tờ xác thực nào từ văn phòng bác sĩ của quý vị qua một trong các phương thức sau:

FAX: (714) 551-3831

EMAIL: rewards@astivahealth.com

BƯU TÍN:

Astiva Rewards c/o QI

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

HOẠT ĐỘNG	ĐIỀU KIỆN	NGÀY HOÀN THÀNH	TÊN BÁC SĨ/ CƠ SỞ Y TẾ	ĐỊA ĐIỂM
Nội Soi Đại Tràng hoặc Xét Nghiệm Máu Ẩn Trong Phân \$50				
Tầm Soát Ung Thư Vú (chụp nhũ ảnh mỗi hai năm) (\$50)	Thành viên nữ			
Khám Mắt Cho Người Bị Tiểu Đường (\$50)	Thành viên bị tiểu đường			
Hoàn tất Đánh giá Chăm sóc sau Cấp Cứu (\$25)	Thành viên đi cấp cứu nhưng không nhập viện			
Tái khám với bác sĩ gia đình sau khi đến phòng cấp cứu (\$50)	Thành viên hoàn thành tái khám với bác sĩ gia đình (PCP) sau cấp cứu			

Kiểm tra phòng ngừa theo đề xuất của Cơ quan Nghiên cứu Y tế Dự phòng Hoa Kỳ

Sau khi hoàn thành các Hoạt động, vui lòng nhờ bác sĩ gia đình (PCP) hoặc nhân viên được ủy quyền từ văn phòng bác sĩ ký tên vào mẫu đơn này.

Chữ ký _____ Ngày ký _____

Họ tên in rõ _____