



My Health/My Choices Incentive Program Preventive Health Care Services Reporting Verification Form

To be completed by Indemnity PPO Medical Plan Participants (and covered spouse/domestic partner).

When you and/or your covered spouse/domestic partner get any of the following types of preventive care services, you will receive an Earned HRA Contribution for each service.*

- Annual flu shot
- Colonoscopy
- Mammogram (for women)
- Pap smear (for women)
- PSA test (for men)
- Physical Exam



In most cases, your service(s) will be processed through the Fund's claims system, which will trigger your Earned HRA Contribution(s); you do not need to take action to get your contribution. However, if you receive these services from a clinic or other facility

(e.g., your covered spouse/domestic partner gets a flu shot at his/her workplace or a colonoscopy is paid for under the insurance of your spouse or domestic partner), use this form to submit documentation to the Fund. Each of you may receive Earned HRA Contributions for services completed from June 1 through May 31 for the program year. (Earned HRA Contribution per service: **\$150** for Platinum Plus/Platinum Participants or **\$125** for Gold/Silver Participants.*)

To report your Preventive Health Care Service(s), complete this form and return it to the Fund Office, with your supporting documentation. If you have questions, call the Fund Office at 714-220-2297, 562-408-2715 or 877-284-2320 (extension 424, all numbers).

Remember, your Preventive Health Care Services must be completed by May 31 to receive an Earned HRA Contribution for the program year.

**Not to exceed the maximum allowable contribution per year. If you have dual coverage, please contact the Fund Office.*

Programa de incentivos Mi Salud/Mis Opciones Formulario para reportar servicios de atención para la salud

Para Participantes (y cónyuge/pareja doméstica inscrito/a) en el Plan Médico Indemnity PPO

Cuando usted y/o su cónyuge o pareja doméstica con cobertura reciba cualquiera de los siguientes tipos de atención médica preventiva, recibirán una Contribución HRA Ganada por cada servicio.*

- Vacuna anual contra la influenza
- Colonoscopia
- Mamograma
- Prueba de Papanicolaou (para mujeres)
- Prueba de PSA (para hombres)
- Exámen Físico



En la mayoría de los casos, su(s) servicio(s) se procesará(n) a través del sistema de reclamos del Fondo, lo cual resultará en una Contribución HRA Ganada; usted no necesita tomar ninguna medida para recibir su contribución. Sin embargo, si usted recibe estos servicios en una clínica o en otra instalación

(p. ej., su cónyuge o pareja doméstica obtiene la vacuna contra la influenza en su sitio de trabajo, o si la colonoscopia se paga a través del seguro de su cónyuge o de su pareja doméstica), usted necesitará utilizar este formulario para presentar la documentación al Fondo. Cada uno puede recibir Contribuciones Ganadas a su Cuenta HRA por servicios realizados entre el 1º de Junio hasta el 31 de Mayo del año del programa. (Contribuciones Ganadas para su Cuenta HRA: **\$150** para Participantes Platinum Plus/Platinum o **\$125** para Participantes en Silver/Gold, por cada servicio.*)

Para reportar Servicio(s) de atención para la salud (Preventive Care Health Services), complete este formulario y envíelo a la Oficina del Fondo, con su documentación de apoyo. Si tiene preguntas, llame a la Oficina del Fondo a los teléfonos 714-220-2297, 562-408-2715 o 877-284-2320 (extensión 424 para todos los números).

Recuerde, los servicios de atención para la salud deben ser completados a mas tardar el 31 de mayo para recibir una Contribución HRA Ganada para el año del programa.

**Sin exceder la contribución máxima permitida por año. Si tiene cobertura doble (Dual Coverage), por favor comuníquese a la Oficina del Fondo.*



**My Health/My Choices Incentive Program
Preventive Health Care Services Reporting Verification**

UFCW PARTICIPANT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE DE UFCW

This first section is for the UFCW Participant to complete whether the services were for the Participant or your Covered Spouse/Domestic Partner.
Esta sección debe ser completada por el Participante de UFCW, aun cuando los servicios sean para el Participante o su cónyuge/pareja doméstica.

1. UFCW Participant's Social Security Number <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> OR <input type="text"/>	Family ID <input type="text"/>	<p style="font-size: small;">For accuracy, please print in capital letters and avoid the edge of the box.</p> <table border="1" style="font-size: x-small; border-collapse: collapse;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td></tr> <tr><td>N</td><td>O</td><td>P</td><td>Q</td><td>R</td><td>S</td><td>T</td><td>U</td><td>V</td><td>W</td><td>X</td><td>Y</td><td>Z</td></tr> </table>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M																
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z																
2. UFCW Participant's Full Name / Nombre completo del Participante de UFCW <input style="width:100%;" type="text"/>																												

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

This section is to be filled out by the Patient (Self or Spouse) for whom the service(s) was/were performed as checked in #3.
Esta sección debe ser completada por el paciente (sí mismo o cónyuge) del Servicio de atención para la salud mencionado a continuación.

3. This form is for: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Covered Spouse/Domestic Partner* Esta forma es para: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja doméstica inscrito/a	4. Spouse/Domestic Partner SSN / Cónyuge/Pareja doméstica <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>*Applies if Covered Spouse/Domestic Partner box is checked Aplica si seleccionó "cónyuge/pareja doméstica inscrito/a"</small>
5. Patient's First Name / Nombre del paciente <input style="width:100%;" type="text"/>	6. Mid Int. / Inicial <input style="width:50px;" type="text"/>
7. Patient's Last Name / Apellido del paciente <input style="width:100%;" type="text"/>	8. Date of Birth / Fecha de Nacimiento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>m m d d y y y y</small>

PREVENTIVE HEALTH CARE SERVICES / SERVICIO DE ATENCIÓN PARA LA SALUD

Check the service(s) received **and** provide written confirmation for each.
Esta sección requiere confirmación para cada Servicio de atención para la salud realizado en el Paciente.



Check all that apply
Selecione todas las que correspondan



MUST Provide Required Documentation

DEBE proporcionar la documentación especificada a continuación:



<input type="checkbox"/>	1: I received a flu shot. <i>Recibí una vacuna contra la influenza.</i>	Written confirmation from the provider or pharmacy. <i>Confirmación del proveedor o farmacia.</i> Attach Documentation / Adjunte documentación
<input type="checkbox"/>	2: A sigmoidoscopy / colonoscopy was performed on me. <i>Una sigmoidoscopia / colonoscopia fué realizada en mí.</i>	Written confirmation by a physician. <i>Confirmación del médico.</i> Attach Documentation / Adjunte documentación
<input type="checkbox"/>	3: I received a mammogram (female only). <i>Recibí un mamograma.</i>	Written confirmation from the provider. <i>Confirmación por escrito del proveedor.</i> Attach Documentation / Adjunte documentación
<input type="checkbox"/>	4: A pap smear was performed on me (female only). <i>Una prueba de papanicolaou fué realizada en mí.</i>	Written confirmation from the provider or lab. <i>Confirmación por escrito del proveedor o laboratorio.</i> Attach Documentation / Adjunte documentación
<input type="checkbox"/>	5: I received a prostate-specific antigen (PSA) test (male only). <i>Recibí una prueba de antígeno prostático específico (PSA).</i>	Written confirmation from the provider. <i>Confirmación por escrito del proveedor.</i> Attach Documentation / Adjunte documentación

SIGNATURE OF PATIENT LISTED ABOVE / FIRMA DEL PACIENTE

By signing this form, I acknowledge that all the above information is correct. I acknowledge that if I have falsely reported completing one or more activities, the Fund may, and has the right to, offset Earned HRA Contributions, reduce my HRA account balance or otherwise increase my out-of-pocket liability.

Al firmar esta forma, reconozco que esta información es correcta. Reconozco que si estoy reportando falsamente que completé una o más actividades, el Fondo puede, y tiene el derecho, a compensar la diferencia de las contribuciones ganadas para su HRA, reducir el balance de mi cuenta HRA o incrementar la responsabilidad de mi propio bolsillo.

Patient's Printed Name / Nombre

Patient's Signature / Firma

Date / Fecha