



**Benefits<sup>+</sup>**  
Your Trusted Wellness Partner

## My Health/My Choices Incentive Program Physical Exam and Health Screening Form

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

You and your covered spouse/domestic partner may each receive an Earned Health Reimbursement Account (HRA) Contribution to your HRA when you each complete a health screening **with** your doctor. (Earned HRA Contribution: \$300 for Platinum Plus/Platinum participants or \$250 for Gold/Silver Participants.\*)



To report this Healthy Activity to the Fund Office, provide this form to your doctor. Ask your doctor to complete the information on the back and return it to the Fund Office. **You and your doctor MUST complete all sections of this form to receive an Earned HRA Contribution.**

**The information provided on this form will be reported confidentially to the Fund Office in compliance with HIPAA. Your Employer and Union will not have access to your individual health data.**

**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 Health Screening and Physical Exam 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 el examen físico y examen de salud

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

Usted y su cónyuge/pareja doméstica (si está inscrito en el plan) pueden recibir, cada uno, una contribución ganada para su HRA cuando cada uno complete un examen de salud con su médico. (La contribución ganada para su HRA: \$300 para Participantes Platinum Plus/Platinum o \$250 para Participantes Gold/Silver.\*) Para reportar esta Actividad Saludable (Healthy Activity) a la Oficina del Fondo, proporcione este formulario a su médico.



Pídale a su médico que complete el reverso de este formulario y lo envíe a la Oficina del Fondo. **Usted y su médico DEBEN completar todas las secciones de este formulario para recibir la contribución ganada para su HRA.**

**La información proporcionada en este formulario sera reportada confidencialmente a la Oficina del Fondo, en conformidad con las reglas HIPAA. Su Empleador y la Union no tendran acceso a los datos personales sobre su salud.**

**Si tiene preguntas, llame a la Oficina del Fondo al 714-220-2297, 562-408-2715 ó 877-284-2320 (extensión 424 para los tres números).**

**Recuerde, el examen físico y/o el examen de salud debe ser completado 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.*



Southern California United Food & Commercial Workers Unions  
and Food Employers Joint Benefit Funds Administration, LLC  
6425 Katella Avenue, Cypress, California 90630-5238  
P.O. Box 6010, Cypress, California 90630-0010 • scufcwffunds.com

5228338247



FM ME HR21 0118

**My Health/My Choices Incentive Program  
Physical Exam and Health Screening**

**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.

<b>1. UFCW Participant's Social Security Number</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> OR <input type="text"/>	<b>Family ID</b> <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																
<b>2. UFCW Participant's Full Name / Nombre completo del Participante de UFCW</b> <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) que recibió los servicios mencionados a continuación.

<b>3. This form is for:</b> <input type="checkbox"/> <b>Self</b> <i>Esta forma es para:</i> <input type="checkbox"/> <b>Covered Spouse/Domestic Partner*</b> <i>Sí mismo / Cónyuge/Pareja doméstica inscrita/a</i>	<b>4. Spouse/Domestic Partner SSN / Cónyuge/Pareja doméstica</b> <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 inscrita/a"</small>
<b>You must complete a separate form for each person / Debe completar una forma por persona.</b>	
<b>5. Patient's First Name / Nombre del paciente</b> <input style="width:100%;" type="text"/>	<b>6. Mid Int. / Inicial</b> <input style="width:50px;" type="text"/>
<b>7. Patient's Last Name / Apellido del paciente</b> <input style="width:100%;" type="text"/>	<b>8. Date of Birth / Fecha de Nacimiento</b> <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/> <small>m m d d y y y y</small>

**YOUR SIGNATURE**

Printed Name / Nombre \_\_\_\_\_ Signature / Firma \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_

<b>PHYSICIAN'S OFFICE</b> <small>To be completed by authorized personnel of the physician's office. Esta sección debe ser completada por personal autorizado de su consultorio médico.</small> <b>Note: The participant's annual physical and health screening must be completed between June 1 and May 31.</b> <b>Atención: El examen físico y el examen de salud deben ser completados entre el 1° de Junio y el 31 de Mayo.</b>			
<b>9. Date of Physical Exam:</b>		<b>10. Date of Health Screening:</b>	
<b>Health Screening Values: All fields (11-27) must be completed to receive HRA credit.</b>			
<b>Height:</b> 11. <input style="width:100px;" type="text"/> <small>Feet:                      Inches:</small>	<b>Weight:</b> 12. <input style="width:100px;" type="text"/>	<b>Waist Measurement:</b> 13. <input style="width:100px;" type="text"/>	
<b>Body Mass Index (BMI):</b> 14. <input style="width:100px;" type="text"/>	<b>Fasting Blood Glucose (mg/dl):</b> 15. <input style="width:100px;" type="text"/> Confirmed Patient Fasted: <input type="checkbox"/>		
<b>Blood Pressure:</b> 16. <input style="width:50px;" type="text"/> / <input style="width:50px;" type="text"/> <small>Systolic:                      Diastolic:</small>	<b>Resting Pulse:</b> 17. <input style="width:100px;" type="text"/>		
<b>Triglycerides (mg/dl):</b> 18. <input style="width:100px;" type="text"/>	<b>HDL Cholesterol (mg/dl):</b> 19. <input style="width:100px;" type="text"/>		
<b>Total Cholesterol (mg/dl):</b> 20. <input style="width:100px;" type="text"/>	<b>LDL Cholesterol (mg/dl):</b> 21. <input style="width:100px;" type="text"/>		
<b>Tobacco Status:</b> 22. <input type="checkbox"/> Tobacco-Free <input type="checkbox"/> Tobacco-User <small>Please mark the box "Tobacco-User" if the individual reports when asked that they currently use or have used in the last month any form of tobacco in any amount.</small>			
<b>23. Physician or Physician's Designee's Signature</b>			<b>24. Date</b>
<b>25. Physician's Name (please print)</b>		<b>26. UPIN/NPI</b>	<b>27. Office Phone</b>