

## 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.\*

- Flu shot
- COVID-19 vaccine
- Colonoscopy
- Physical Exam
- Pap smear (for women)
- Mammogram (for women)
- PSA test (for men)



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 877-284-2320, extension 424.

**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
- Vacuna para el COVID-19
- Colonoscopia
- Mamograma
- Prueba de Papanicolaou (para mujeres)
- Prueba de PSA (para hombres)
- Examen 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 877-284-2320 extensión 424.

**Recuerde, los servicios de atención para la salud deben ser completados a más 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.

<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 (si mismo o cónyuge) del Servicio de atención para la salud mencionado a continuación.

<b>3. This form is for:</b> <input type="checkbox"/> <b>Self</b> <input type="checkbox"/> <b>Covered Spouse/Domestic Partner*</b> Esta forma es para: <i>Sí mismo</i> <i>Cónyuge/Pareja doméstica inscrito/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 inscrito/a"</small>
<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:30px; height: 20px;" 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:20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height: 20px;" 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"/>	<b>1: I received a flu shot.</b> <i>Recibí una vacuna contra la influenza.</i>	<b>Written confirmation from the provider or pharmacy.</b> <i>Confirmación del proveedor o farmacia.</i> <b>Attach Documentation / Adjunte documentación</b>
<input type="checkbox"/>	<b>2: A sigmoidoscopy / colonoscopy was performed on me.</b> <i>Una sigmoidoscopia / colonoscopia fué realizada en mí.</i>	<b>Written confirmation by a physician.</b> <i>Confirmación del médico.</i> <b>Attach Documentation / Adjunte documentación</b>
<input type="checkbox"/>	<b>3: I received a mammogram (female only).</b> <i>Recibí un mamograma.</i>	<b>Written confirmation from the provider.</b> <i>Confirmación por escrito del proveedor.</i> <b>Attach Documentation / Adjunte documentación</b>
<input type="checkbox"/>	<b>4: A pap smear was performed on me (female only).</b> <i>Una prueba de papanicolaou fué realizada en mí.</i>	<b>Written confirmation from the provider or lab.</b> <i>Confirmación por escrito del proveedor o laboratorio.</i> <b>Attach Documentation / Adjunte documentación</b>
<input type="checkbox"/>	<b>5: I received a prostate-specific antigen (PSA) test (male only).</b> <i>Recibí una prueba de antígeno prostático específico (PSA).</i>	<b>Written confirmation from the provider.</b> <i>Confirmación por escrito del proveedor.</i> <b>Attach Documentation / Adjunte documentación</b>
<input type="checkbox"/>	<b>6: I received the COVID-19 vaccine.</b> <i>Recibí la vacuna COVID-19.</i>	<b>Copy of your vaccine card or written confirmation from the provider or pharmacy / Copia de su tarjeta de vacunación o confirmación por escrito del proveedor o la farmacia.</b> <b>Attach Documentation / Adjunte documentación</b>

**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