

# ¡Que empiecen las recompensas!

Llene su verificación de bienestar para recibir sus recompensas anuales

## Unas cuantas preguntas frecuentes antes de que empiece

### ¿Qué es el formulario de verificación de bienestar?

Prueba de que ha ganado una recompensa por una actividad de bienestar elegible.

### ¿Cuándo debo completar el formulario de verificación de bienestar?

Puede completar el formulario de verificación de bienestar en cualquier momento durante el año de beneficios. Lo animamos encarecidamente a usar el formulario entre el 1 de octubre y el 10 de diciembre para que pueda recibir su recompensa antes del 31 de diciembre.

### ¿Por qué completar el formulario de verificación de bienestar?

Su médico puede presentar una reclamación antes del final del año. Por lo tanto, lo animamos encarecidamente a completar un formulario de verificación de bienestar por cualquier servicio después del 1 de octubre de 2024.

### ¿Cómo funciona el programa?

Simplemente traiga el formulario adjunto a su cita de bienestar para que su médico lo avale y lo firme. Una vez que su médico complete y firme el formulario, podrá enviarlo por correo, fax o correo electrónico a Gold Kidney Health Plan.

Correo postal: **Gold Kidney Health Plan**  
**P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802**

Por fax al: **1 (866) 537-0536**

Correo electrónico: **quality@goldkidney.com**

*(continuación)*



Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al:  
**1 (844) 294-6535**

O envíe un correo electrónico:  
**quality@goldkidney.com**

## **TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE BIENESTAR**

Su médico debe completar y firmar el formulario para que se apruebe y se otorgue una recompensa de \$25. Los miembros pueden completar más de una actividad de bienestar en una visita al consultorio de su médico.

Todas las actividades de bienestar deben realizarse durante el año de beneficios actual para calificar para la recompensa de \$25. No se aceptará el Formulario de verificación de bienestar después del 10 de diciembre. Las recompensas deben canjearse antes del 31 de diciembre. Las recompensas no se acumulan; por lo tanto, se perderán las recompensas no canjeadas a más tardar el 31 de diciembre.

**Las recompensas se agregarán a su billetera del Programa de recompensas de la tarjeta de beneficios prepaga Gold Kidney dentro de las 6 a 8 semanas posteriores a la fecha de recepción en Gold Kidney Health Plan y la recepción de la confirmación.**

## Formulario de verificación de bienestar

Complete el siguiente formulario y envíe una copia del formulario llenado a Gold Kidney Health Plan.

Por correo postal: **Gold Kidney Health Plan, P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802**

Fax: **1 (866) 537-0536**

Correo electrónico: **quality@goldkidney.com**

Nombre del miembro:		Id. de miembro:
Fecha de nacimiento:	Por correo electrónico:	Teléfono:

**Visita rutinaria anual**

Fecha de la visita:	Nombre del médico:
---------------------	--------------------

**Vacuna contra la gripe o vacuna o refuerzo contra el COVID**

Fecha de la visita:	Nombre o ubicación del médico:
---------------------	--------------------------------

**Complete una visita de comprobación de la medicación posterior a la hospitalización en un plazo de 14 días posteriores al alta**

Fecha del alta:	Fecha de comprobación de la medicación:
Nombre del médico:	

**Visita posterior a la sala de emergencias (ER) con el PCP en un plazo de 7 días posteriores a la visita a la ER**

Fecha de la visita a la ER:	Fecha de la visita al PCP:
Nombre del médico:	

**Examen de hemoglobina A1c: 2 veces al año**

Fecha de la visita n.º 1:	Nombre del médico:
Fecha de la visita n.º 2:	Nombre del médico:

**Examen de control de presión arterial: 2 veces al año**

Fecha de la visita n.º 1:	Nombre del médico:
Fecha de la visita n.º 2:	Nombre del médico:

(continuación)

**Examen de la vista y de la retina para personas diabéticas**

Fecha del examen:	Nombre del médico:
-------------------	--------------------

**Prueba preventiva para detectar el cáncer**

Tipo de prueba: (Marque una) <input type="checkbox"/> Cuello uterino <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Próstata	
Fecha de la prueba:	Ubicación:

**Evaluación de riesgo de caídas o control de la vejiga**

Fecha de la evaluación:	Nombre del médico:
-------------------------	--------------------

Yo, médico del paciente, por la presente, testifico y verifico que realicé las actividades de bienestar completas indicadas anteriormente:

---

Firma del médico

Nombre en letra impresa

Fecha

Como miembro de Gold Kidney Health Plan, por la presente, testifico y verifico que he completado los requisitos para las actividades de bienestar indicadas anteriormente:

---

Firma del miembro

Fecha