



Today's date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Please complete this form with your primary care provider (PCP) or specialist. We keep the information you list below on record. You must meet eligibility requirements to get the reward. We can't process this reward form if you don't complete this form. You should get your reward in 4 – 6 weeks.*

---

**Member information**

Member name \_\_\_\_\_ Member ID # \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Member address \_\_\_\_\_ E-mail address \_\_\_\_\_

Member phone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Member alternate phone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

**PCP information**

PCP name \_\_\_\_\_

PCP address \_\_\_\_\_

---

**PCP/Specialist (MD, DO, or RN)**

*Please check ONLY one per form.*

I confirm that the *Network Health Forward* member above:

**For everyone**

Had a yearly checkup on \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (date of visit)  
(Member gets a \$25 health rewards card.)

Qualifying CPT codes for reward 99385 – 99387, 99395 – 99397, 99401 – 99404, 99411, 99412, 99420, and 99429

**For members with diabetes**

Completed five routine diabetes screenings in one calendar year: one eye exam, two HbA1C tests, one protein test, and one LDL test (Member gets a \$25 health rewards card.)

---

**PCP/Specialist (MD, DO, or RN)**

*Please sign below.*

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Print name \_\_\_\_\_ Provider ID # \_\_\_\_\_

**Please submit this form to:**  
**Network Health**  
**Attn: Customer Service**  
**101 Station Landing, Fourth Floor**  
**Medford, MA 02155**

**Or fax to: 781-393-3530**



Fecha de hoy \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Por favor, complete este formulario con su especialista o proveedor primario de cuidados médicos (PCP). Guardaremos la información que usted indica a continuación en los archivos. Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad para recibir la recompensa. No podemos procesar este formulario de recompensa si no completa este formulario. Recibirá su recompensa en 4 a 6 semanas.*

---

**Información del miembro**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ N.º de ident. del miembro \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dirección del miembro \_\_\_\_\_ Dirección electrónica \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono del miembro \_\_\_\_\_ N.º de teléfono alternativo del miembro \_\_\_\_\_

---

**Información del proveedor primario de cuidados médicos (PCP por sus siglas en inglés)**

Nombre del PCP \_\_\_\_\_  
Dirección del PCP \_\_\_\_\_

---

**Proveedor primario de cuidados médicos/especialista (MD, DO o RN)**

*Por favor, marque SOLAMENTE una por formulario.*

Confirmando que el miembro de *Network Health Forward* mencionado anteriormente:

**Para todos**

Se hizo un reconocimiento anual el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (fecha de la visita)  
**(El miembro recibe una tarjeta de recompensa para la salud de \$25.)**

Los códigos CPT que cumplen los requisitos para recibir la recompensa son: 99385 – 99387, 99395 – 99397, 99401 – 99404, 99411, 99412, 99420 y 99429.

**Para miembros con diabetes**

Completó cinco evaluaciones de la diabetes de rutina en un año calendario: un examen de la vista, dos análisis HbA1C, un análisis de la proteína, y un análisis del LDL **(El miembro recibe una tarjeta de recompensa para la salud de \$25.)**

---

**Proveedor primario de cuidados médicos/especialista (MD, DO o RN)**

*Por favor, firme a continuación.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Escriba su nombre \_\_\_\_\_ N.º de ident. del proveedor \_\_\_\_\_

**Por favor, envíe este formulario a:**  
**Network Health**  
**Attn: Customer Service**  
**101 Station Landing, Fourth Floor**  
**Medford, MA 02155**

**O por fax a: 781-393-3530**

**¿Preguntas? Llámenos al 888-257-1985.**  
**De vuelta la hoja para la versión en español.**