

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 in. **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 31st, 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 Forma 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 esta información a su médico. Pídale a su médico que complete esta forma y la envíe a la Oficina del Fondo. **Usted y su médico DEBEN completar todas las secciones de esta forma para recibir la contribución ganada para su HRA.**

La información proporcionada en esta forma 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.*

**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.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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 (si mismo o cónyuge) del Servicio de atención para la salud mencionado a continuación.

| | |
|--|--|
| 3. This form is for: <input type="checkbox"/> Self <i>Esta forma es para:</i> <input type="checkbox"/> <i>Sí mismo</i> <input type="checkbox"/> Covered Spouse/Domestic Partner* <i>Cónyuge/Pareja doméstica inscrito/a</i> | 4. Spouse/Domestic Partner SSN / Cónyuge/Pareja doméstica <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| <p style="font-size: x-small;">*Applies if Covered Spouse/Domestic Partner box is checked Aplica si seleccionó "cónyuge/pareja doméstica inscrito/a"</p> | |
| 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"/> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">m m d d y y y y</p> |

YOUR SIGNATURE

| | | |
|-----------------------|-------------------|--------------|
| Printed Name / Nombre | Signature / Firma | Date / Fecha |
|-----------------------|-------------------|--------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| PHYSICIAN'S OFFICE <i>To be completed by authorized personnel of the physician's office.</i> <i>Esta sección debe ser completada por personal autorizado de su consultorio médico.</i> | | | |
| Note: The participant's annual physical and health screening must be completed between June 1, 2014 and May 31, 2015. | | | |
| 9. Date of Physical Exam: | 10. Date of Health Screening: | | |
| Health Screening Values: All fields (11-27) must be completed to receive HRA credit. | | | |
| Height: | 11. Feet: <input type="text"/> Inches: <input type="text"/> | Weight: | 12. <input type="text"/> 13. Waist Measurement: <input type="text"/> |
| Body Mass Index (BMI): | 14. <input type="text"/> | Fasting Blood Glucose (mg/dl): | 15. <input type="text"/> |
| Blood Pressure: | Systolic: <input type="text"/> Diastolic: <input type="text"/> | Confirmed Patient Fasted: <input type="checkbox"/> | 17. Resting Pulse: <input type="text"/> |
| Triglycerides (mg/dl): | 18. <input type="text"/> | HDL Cholesterol (mg/dl): | 19. <input type="text"/> |
| Total Cholesterol (mg/dl): | 20. <input type="text"/> | LDL Cholesterol (mg/dl): | 21. <input type="text"/> |
| Tobacco Status: | 22. <input type="checkbox"/> Tobacco-Free <input type="checkbox"/> Tobacco-User 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. | | |
| 23. Physician or Physician's Designee's Signature | | | 24. Date |
| 25.. Physician's Name (please print) | | 26. UPIN/NPI | 27. Office Phone |