

Felicitaciones por su nuevo bebe!

Le daría placer a Cook Children's Health Plan enviarle una recompensa de \$50 cuando usted complete **una visita de posparto** con un doctor aprobado entre 7 a 84 días después del parto. Para ser elegible para esta recompensa, siga los siguientes pasos:

- 1** Lleve este formulario con su ginecólogo después de completar su visita.
- 2** Pídale al doctor que complete y firme el formulario.
- 3** Regrese el formulario a Cook Children's Health Plan por:

Correo

Cook Children's Health Plan
Attention: Member Services VAS
PO Box 2488
Fort Worth, TX 76113-2488

Email

CCHPCustomerSvc@cookchildrens.org

Fax

682-885-8401



Información del Miembro

Nombre del miembro: _____

Número de ID: _____ Fecha de nacimiento del miembro: ____ / ____ / ____

Por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-964-2247** si tiene preguntas sobre esta forma o este beneficio.

Provider Use Only/Solo Para Uso de Oficina

Delivery date: ____ / ____ / ____ Postpartum visit date: ____ / ____ / ____

Delivery doctor name: _____ NPI number: _____

Doctor/Nurse signature: _____

Office phone: ____ - ____ - ____ Office fax: ____ - ____ - ____

Office Use Only/Solo Para Uso de Oficina

Request postpartum medical record Date requested: ____ / ____ / ____ Date received: ____ / ____ / ____

Value added service form Approved Denied Date: ____ / ____ / ____