

Estimada Miembro:

Cook Children's Health Plan desea enviarle una recompensa de hasta \$100 después de completar una visita prenatal dentro del primer trimestre de embarazo o 42 días después de la inscripción, luego por asistir a la tercera, sexta y novena visitas prenatales. 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: _____ / _____ / _____

¿Le gustaría recibir información sobre lactancia materna? Sí No

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

Provider Office Use Only/Solo para Uso de Oficina

1st Prenatal visit date: _____ / _____ / _____ Est. gestational age: _____ Est. due date: _____ / _____ / _____

3rd Prenatal visit date: _____ / _____ / _____ 6th Prenatal visit date: _____ / _____ / _____ 9th Prenatal visit date: _____ / _____ / _____

Doctor/Nurse name: _____ NPI number: _____

Doctor/Nurse signature: _____

Office phone: _____ - _____ - _____ Office fax: _____ - _____ - _____

Office Use Only/Solo para Uso de Oficina

Request prenatal medical record Date requested: _____ / _____ / _____ Date received: _____ / _____ / _____

Member enrollment date: _____ / _____ / _____ Value added service form: Approved Denied _____ / _____ / _____ Date