



Estimado Miembro,

¡Tenemos \$25 para usted! Cuando rellene el Formulario de Servicios Preventivos en la página 2, la premiaremos con una tarjeta de regalo de \$25.

Los servicios preventivos le ayudan a permanecer sano y pueden detectar algunas condiciones anticipadamente para tratamiento y prevenir que ciertas condiciones actuales empeoren. Comience a estar sano y obtenga su premio ahora. ¡Es tan fácil como 1, 2, 3!

- 1 → Pídale a su doctor/proveedor que firme los cuadros en la página 2 de los servicios recibidos al tiempo de la consulta.
- 2 → Una vez que todos los servicios en el formulario hayan sido firmados, escoja su tarjeta de regalo de \$25.
- 3 → Envíe por correo o por fax el formulario completo a más tardar el 31 de diciembre de 2017. Su tarjeta de regalo se le enviará por correo; permita de 8 a 12 semanas para procesar.

Si tiene cualquier pregunta sobre este programa de incentivos, favor de llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930, usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Gracias.

Departamento de Mejora de la Calidad
University Care Advantage (HMO SNP)

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES – P&R

P. ¿Puedo recibir una tarjeta de regalo con fondos parciales por hacer algunos de los servicios preventivos? R. No, para cumplir los requisitos de los \$25 debe completar todos los servicios pertinentes

P. ¿Y si olvidé mi formulario cuando fui a mi cita? R. Usted o el consultorio de su doctor puede descargar un formulario nuevo de nuestro sitio web en www.universitycareadvantage.com.

P. ¿Y si pierdo mi tarjeta de regalo o me la roban? R. Las tarjetas de regalo extraviadas o robadas no serán reemplazadas.

University Care Advantage es un HMO SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Arizona Medicaid. Inscripción en University Care Advantage depende en la renovación de contrato.

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Care Center at (877) 874-3930, TTY users should call 711, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Favor de llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930, usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.

University Care Advantage (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo

English (Inglés)

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-874-3930 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-874-3930 (TTY: 711)。



Preventative Services Form

Member Name: _____

Member ID Number: _____

Member DOB: ____/____/____

For Providers: Please complete the following preventative services received by the member. If service(s) cannot be medically performed, please see below.

FLU SHOT

(Annual flu shot)

Valid: Must be completed between August 1, 2016 and December 31, 2017.

Date of Service:

Doctor Name:

Doctor Signature:

BREAST CANCER SCREENING

(Mammogram)

Valid: Completed in 2016 or 2017.

Date of Service:

Doctor Name:

Doctor Signature:

COLORECTAL CANCER SCREENING

(Colonoscopy, sigmoidoscopy or an FOBT/FIT)

Valid: A colonoscopy done 2008 or later, a sigmoidoscopy done 2013 or later, OR, an FOBT/FIT done in 2017.

Date of Service:

Doctor Name:

Doctor Signature:

MEDICATION REVIEW

(Medication review, including prescription and non-prescription drugs, vitamins and other supplements)

Valid: Must be completed by December 31, 2017.

Date of Service:

Doctor Name:

Doctor Signature:

FUNCTIONAL STATUS ASSESSMENT

(An assessment of activities of daily living)

Valid: Must be completed by December 31, 2017.

Date of Service:

Doctor Name:

Doctor Signature:

PAIN SCREENING

(Pain screening and a management plan for any pain)

Valid: Must be completed by December 31, 2017.

Date of Service:

Doctor Name:

Doctor Signature:

Service(s) medically contraindicated: _____
 _____ Doctor Signature: _____

Para el Miembro:

Seleccione su Tarjeta de Regalo de \$25: Favor de seleccionar una solamente.*

- Subway JC Penney

* Si no escoge una, le enviaremos una tarjeta de regalo de JC Penney.

Envíe el Formulario por Correo o Fax: Cuando todos los servicios hayan sido completados, favor de enviar el formulario por correo o fax.

Por Correo:

University Care Advantage
Attn: Wendy Gjeltema
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Por Fax:

(520) 874-3470