

Gold Coast Health Plan Wants to Give Your 3 to 6 Year Old Child a **\$15.00 gift card!**

¡Gold Coast Health Plan quiere dar a su hijo de
3 a 6 años una tarjeta regalo de **\$15.00!**



Gold Coast Health Plan (GCHP) values your health. A once a year well-child check-up can help your child stay healthy. GCHP records show that your 3 to 6 year old child has not had a visit with their doctor.

GCHP wants to give your child a **\$15.00 gift card** for getting a well-child check-up by December 31, 2017. A gift card can be used to purchase items such as clothes, toys or food at Target or Walmart.

To Request Your Child's Gift Card:

- 1 Schedule and take your 3 to 6 year old child for a well-child check-up with their doctor by December 31, 2017.**
- 2** Bring the attached form with you.
- 3 Ask your doctor's office to sign the form.**
- 4** Mail back the signed form in the enclosed stamped self-addressed envelope.
- 5** GCHP will review and verify the information on the form. If you qualify, we will send your child the gift card.¹

**ALL CHECK-UPS MUST BE COMPLETED BY
DECEMBER 31, 2017.**

If you have any questions, call Gold Coast Health Plan
1-888-301-1228/TTY 1-888-310-7347



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

Gold Coast Health Plan (GCHP) valora su salud. Un chequeo rutinario una vez al año puede ayudar a su hijo a conservar la salud. Los registros de GCHP muestran que su hijo de 3 a 6 años no ha tenido ninguna visita a su doctor.

GCHP quiere dar a su hijo una **tarjeta regalo de \$15.00** por asistir a un chequeo rutinario antes del 31 de diciembre de 2017. La tarjeta de regalo se puede utilizar para comprar artículos como ropa, juguetes o comida en Target o Walmart.

Para solicitar la tarjeta regalo de su hijo:

- 1 Programe y lleve a sus hijos de 3 a 6 años a un chequeo rutinario con su doctor antes del 31 de diciembre de 2017.**
- 2** Lleve con usted el formulario adjunto.
- 3 Pida en la consulta de su doctor que le firmen el formulario.**
- 4** Devuelva por correo el formulario firmado en el sobre franqueado con la dirección ya escrita que le adjuntamos.
- 5** GCHP revisará y comprobará la información en el formulario. Si usted cumple los requisitos, le enviaremos a su hijo la tarjeta regalo.²

**TODOS LOS CHEQUEOS DEBEN COMPLETARSE PARA
EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017.**

Si tiene alguna preguntas, llame a Gold Coast Health Plan
1-888-301-1228/TTY 1-888-310-7347

¹ To qualify you must be a full scope Medi-Cal member. You may not have had more than a one (1) month break in enrollment during the year. It may take up to four to six (4-6) weeks after we receive the completed form or proof of the exam for you to receive your child's gift card. Qualified children can receive only one (1) gift card per year.

² Para reunir los requisitos, usted debe ser miembro con cobertura completa de Medi-Cal, sin que haya habido más de una interrupción de un mes en su suscripción durante el año. Puede tomar de 4-6 semanas desde que recibamos el formulario completado o el comprobante del examen para que usted reciba la tarjeta regalo de su hijo. Los niños que califican pueden recibir solo una (1) tarjeta de regalo por año.

**WELL-CHILD FORM MUST BE COMPLETED BY
DECEMBER 31, 2017 AND SIGNED BY PROVIDER**

A Complete and mail this form back in the enclosed envelope to:
Attn: Correspondence
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Call Member Services at 1-888-301-1228/
TTY 1-888-310-7347 if you have any questions.

**EL FORMULARIO PARA EXAMEN MEDICO DE RUTINA PARA
NIÑOS DEBE HABERSE COMPLETADO PARA EL 31 DE
DICIEMBRE DE 2017 Y SER FIRMADO POR EL MÉDICO**

A Complete y devuelva este formulario por correo a:
Attn: Correspondence
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-301-1228/
TTY 1-888-310-7347 si tiene alguna pregunta.

Member Information | Información del Miembro

Print Member Name | Imprimir Nombre del Miembro: _____

Medi-Cal/GCHP ID No. | No. de ID de Medi-Cal/GCHP: _____

Street Address | Domicilio: _____ **Apartment No. | No. de Apartamento** _____

City | Ciudad: _____ **State | Estado:** _____ **Zip | Código Postal:** _____

Phone No. | No. de Teléfono: _____ **Date of Birth | Fecha de Nacimiento:** _____

PREFERRED GIFT CARD [circle one] TARJETA DE REGALO PREFERRIDA [circule uno]: Target Wal-Mart

Office Use Only | Uso Solamente de Oficina

Well-Child Exam | Examen Médico De Rutina Para Niños
Goal: One (1) time per year | Meta: Una (1) vez al año

Print Provider Name | Imprimir Nombre del Proveedor: _____

Clinic Address | Dirección de la Clínica: _____

Provider Phone No. | No. de Teléfono del Proveedor: _____

Date of Well-Child Exam | Fecha del Examen Médico De Rutina del Niño: _____

Provider Signature or Office Stamp | Firma del Proveedor o Sello de la Oficina: _____

Date | Fecha: _____



www.goldcoasthealthplan.org

All exams must be completed by December 31, 2017
If you have any questions, call Gold Coast Health Plan 1-888-301-1228/TTY 1-888-310-7347

Todos los exámenes deben completarse para el 31 de Diciembre de 2017
Si tiene preguntas, llame a Gold Coast Health Plan 1-888-301-1228/TTY 1-888-310-7347