

**3 Twenty Three Personnel
Programa de bienestar
Anual Preventivo Examen
Forma 2019-2020**

Sección de médicos

Estimado profesional médico:

Como parte de una iniciativa voluntaria del programa de bienestar, se ha pedido a los empleados elegibles y a los cónyuges cubiertos a 3TwentyThree personal que tengan una rutina anual preventiva básica. No solicitamos ningún registro o PHI perteneciente a esta física anual.

Una vez que se complete el examen físico anual, por favor firme, fecha y devuelva el formulario al paciente (empleado o cónyuge cubierto) para que puedan entregarlo al Departamento de bienestar del personal de 3TwentyThree como confirmación.

El examen preventivo anual debe incluir lo siguiente:

Examen físico preventivo (visita de la oficina), que incluye la historia de la salud médica, evaluación del estilo de vida (dieta, estrés, ejercicio, etc.) examen general del sistema, panel de trabajo preventivo estándar y medición de la altura y el peso. Por favor, informe al empleado o cónyuge cubierto que si se realizan otras pruebas/servicios, el empleado o cónyuge cubierto puede ser responsable de los costos de bolsillo basados en su plan de seguro.

Certifico que he realizado un examen físico anual de rutina en esta fecha _____, un 3TwentyThree personal Empleado _____ y el examen incluyó los artículos numerados en este formulario. (Nombre del paciente)

Nombre del médico de los Estados Unidos: _____

Firma del médico de los Estados Unidos: _____ Fecha de la firma: _____

Dirección de la oficina del médico estadounidense: _____

SECCIÓN EMPLOYEE

- La participación en esta iniciativa de bienestar es voluntaria y no afectará a su elegibilidad de seguro de salud o primas. Para su participación, usted es elegible para recibir un descuento mensual de prima de seguro de \$50 a 31 de mayo, 2020.
- Esta iniciativa es para un examen de bienestar preventivo. Si se realizan otras pruebas/servicios, usted puede ser responsable de los costos de bolsillo basados en su plan médico de seguro.

He revisado y leído la declaración anterior y he decidido: aceptar mi incentivline mi incentivo. _____

Nombre completo del empleado (por favor imprima) empleado social (requerido para el procesamiento)

Firma del empleado

El formulario completado debe enviarse a más tardar el día 1 del mes siguiente a los 30 días de contratación para ser considerado elegible para el crédito de prima. Debe completar el examen de bienestar para inscribirse en el plan médico Select.

Envíe el formulario a: 3TwentyThree personal WELLSNESS PROGRAM
Correo electrónico: Benefits@323personnel.com
Fax: (817) 212-3310