

Get a Free Gift Card!

¡Reciba una Tarjeta de Regalo Gratis!



Get a \$40 gift card for completing an asthma exam! Gold Coast Health Plan (GCHP) values your health. Children and adults with asthma should meet with their doctor at least once a year or more often if they are having asthma symptoms.

To get your \$40 gift card, you must meet these requirements:

- 1 Be a GCHP member with full-scope Medi-Cal benefits between 5 to 64 years of age and have asthma.
- 2 Complete the following during an office or telehealth visit with your health care provider by **December 31, 2021**:
 - Asthma health exam
 - Create or update an Asthma Action Plan
 - Review asthma medications
- 3 Fill out this form and have your health care provider complete and sign the back of the form.
- 4 Send the form by mail or fax to GCHP by **January 31, 2022**.

Limit one card per member per year. It may take up to 4-6 weeks after GCHP receives your completed form for you to get your gift card in the mail.

If you have any questions, call Gold Coast Health Plan at 1-888-301-1228 / TTY 1-888-310-7347 Monday through Friday from 8 a.m. to 5 p.m.

¡Obtenga una tarjeta de regalo de \$40 por completar un examen de asma! Gold Coast Health Plan (GCHP) valora su salud. Los niños y los adultos con asma deben reunirse con su médico por lo menos una vez al año o con más frecuencia si están teniendo síntomas de asma.

Para recibir su tarjeta de regalo de \$40, usted debe cumplir estos requisitos:

- 1 Ser miembro de GCHP con beneficios de Medi-Cal completos, entre 5 a 64 años de edad y tener asma.
- 2 Completar lo siguiente durante una visita al consultorio o una consulta de telesalud con su proveedor de atención médica antes del **31 de diciembre de 2021**:
 - Examen de asma
 - Crear o actualizar un Plan de acción para el asma
 - Revisar los medicamentos para el asma
- 3 Completar este formulario y hacer que su proveedor de atención médica lo complete y lo firme en el reverso.
- 4 Enviar el formulario por correo postal o fax a GCHP antes del **31 de enero de 2022**.

Límite de una sola tarjeta por miembro por año. Puede tomar hasta 4 a 6 semanas después de que GCHP reciba su formulario completo para que reciba su tarjeta de regalo por correo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Gold Coast Health Plan al 1-888-301-1228 / TTY 1-888-310-7347 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.



www.goldcoasthealthplan.org

Complete the visit by December 31, 2021 and return the form to GCHP by January 31, 2022.

Mail: Address envelope to:
Gold Coast Health Plan
Attn: Quality Improvement
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Fax: Ask your health care provider or their staff to fax this form on your behalf.
1-805-248-7616

Complete la visita antes del 31 de diciembre de 2021 y devuelva el formulario a GCHP antes del 31 de enero de 2022.

Correo Postal: Dirija el sobre a:
Gold Coast Health Plan
Attn: Quality Improvement
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Fax: Pida a su proveedor de atención médica o su personal que envíen este formulario por fax en su nombre. 1-805-248-7616

Member Information | Información del Miembro

Member Name | Nombre del Miembro: _____

Medi-Cal/GCHP ID Number | Número de ID de Medi-Cal/GCHP: _____

Street Address | Dirección: _____

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

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

PREFERRED GIFT CARD [circle one] TARJETA DE REGALO PREFERIDA [marcar una con un círculo]:

TARGET

Walmart

amazon

Doctor's Office Use Only | Uso Solamente de la Oficina Médica

Print Provider Name | Nombre del Proveedor con Letra de Imprenta: _____

Clinic Address | Dirección de la Clínica: _____

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

Date of Office or Telehealth Visit | Fecha del la Visita Médica o Consulta de Telesalud: _____

Check if completed | Marque si se completó:

- Asthma exam | Examen de asma
- Asthma Action Plan created or updated | Plan de acción para el asma creado o actualizado
- Asthma medications reviewed | Revisión de medicamentos para el asma

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

Date | Fecha: _____

If you have any questions, call Gold Coast Health Plan at **1-888-301-1228** /
TTY **1-888-310-7347** Monday through Friday from 8 a.m. to 5 p.m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Gold Coast Health Plan al **1-888-301-1228** /
TTY **1-888-310-7347**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p.m.



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

www.goldcoasthealthplan.org

Statement of Nondiscrimination and Language Assistance | Declaración de No Discriminación y Asistencia Lingüística

Gold Coast Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Gold Coast Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Gold Coast Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

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 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347)。