

Get a Free Gift Card!



Lead Screening

Members 0-2 years of age who complete a blood lead test on or before their 2nd birthday.

\$25 Gift Card

☐ Completed

Provider Signature: _____
Date of Screening: _____



Child and Adolescent Well-Care Visit

Members 3-21 years of age who complete their annual well-care visit.

\$25 Gift Card

☐ Completed

Provider Signature: _____
Date of Exam: _____



Human Papilloma Virus (HPV)

Members 9-13 years of age who complete their 2nd dose of the HPV vaccine on or before their 13th birthday.

\$25 Gift Card

☐ Completed

Provider Signature: _____
Date of Vaccine: _____



Cervical Cancer Screening

Members 21-64 years of age who complete a cervical cancer screening pap-test.

\$50 Gift Card

☐ Completed

Provider Signature: _____
Date of Screening: _____



Breast Cancer Screening

Members 40-74 years of age who complete a mammogram.

\$50 Gift Card

☐ Completed

Location of Mammogram: _____
Date of Mammogram: _____



Influenza (Flu)

Members 6 months to 2 years of age who complete their flu vaccine on or before their 2nd birthday. Some children may need 2 doses.

\$25 Gift Card

☐ Completed

Provider Signature: _____
Date of Vaccines: _____

How to earn your gift card:

- Be a GCHP member with full scope Medi-Cal benefits.
- Complete your health screening, exam or vaccine between Jan. 1, 2025 and Dec. 31, 2025.
- Mark your completed screening(s) and return the filled out form to GCHP.
- Send the form to GCHP by Jan. 31, 2026:
Mail: Gold Coast Health Plan
Attn: Quality Improvement
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826
Fax: Ask your doctor or their staff to fax this form on your behalf to 1-805-248-7616.
Email: QualityImprovement@goldchp.org
- Limit one card per member per qualifying program per year. It may take up to 6-8 weeks after GCHP receives your completed form for you to get your gift card in the mail.

Fill out one form per member:

Member Name: _____

Medi-Cal / GCHP ID Number: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone Number: _____

Preferred gift card (circle one):

TARGET

Walmart

amazon



**Gold Coast
Health Plan**
A Public Entity

If you have any questions, call GCHP at **1-888-301-1228**, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. (except holidays). If you use a TTY, call **711**.
www.goldcoasthealthplan.org

¡Reciba una tarjeta de regalo gratis!

Prueba de detección de plomo



Miembros entre 0 y 2 años que completan un examen de plomo en sangre en o antes de su segundo cumpleaños.

Tarjeta de regalo de \$25

Firma del proveedor: _____

Fecha de la prueba de detección: _____

☐ Completado

Virus del papiloma humano (VPH)



Miembros entre 9 y 13 años que completan su segunda dosis de la vacuna contra el VPH en o antes de cumplir 13 años.

Tarjeta de regalo de \$25

Firma del proveedor: _____

Fecha de la vacuna: _____

☐ Completado

Prueba de detección de cáncer de seno



Miembros entre 40 y 74 años que completan una mamografía.

Tarjeta de regalo de \$50

Lugar donde se hizo la mamografía: _____

Fecha de la mamografía: _____

☐ Completado

Cómo ganar su tarjeta de regalo:

- Ser un miembro de GCHP con beneficios completos de Medi-Cal.
- Completar su prueba de detección, examen o vacuna entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.
- Marcar el examen de detección que se practicó y devolver el formulario completado a GCHP.
- Envíe el formulario a GCHP antes del 31 de enero de 2026:
Correo postal: Gold Coast Health Plan
Atención: Quality Improvement
(Mejora de la Calidad)
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826
Fax: Pídale a su médico o a su personal que envíe este formulario por fax en su nombre al 1-805-248-7616.
Correo electrónico: QualityImprovement@goldchp.org
- Limitado a una tarjeta por miembro, por programa que califique, por año. Recibir su tarjeta de regalo por correo puede tomar entre 6 y 8 semanas después de que GCHP reciba su formulario completado.

Visitas de bienestar para niños y adolescentes



Miembros entre 3 y 21 años que completan su visita de bienestar anual.

Tarjeta de regalo de \$25

Firma del proveedor: _____

Fecha del examen: _____

☐ Completado

Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino



Miembros entre 21 y 64 años que completan una prueba de Papanicolaou para detección de cáncer de cuello uterino.

Tarjeta de regalo de \$50

Firma del proveedor: _____

Fecha de la prueba de detección: _____

☐ Completado



Influenza (Gripe)

Miembros entre 6 meses a 2 años que completan su vacuna contra la gripe en o antes de su segundo cumpleaños. Algunos niños podrían necesitar 2 dosis.

Tarjeta de regalo de \$25

Firma del proveedor: _____

Fecha de las vacunas: _____

☐ Completado

Llene un formulario por miembro:

Nombre del miembro: _____

Número de identificación de Medi-Cal/GCHP: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Tarjeta de regalo preferida (encierre una en un círculo):

TARGET

Walmart

amazon



Gold Coast Health Plan
A Public Entity

Si tiene preguntas, llame a GCHP al **1-888-301-1228**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (excepto días festivos). Si usa un TTY, llame al **711**.
www.goldcoasthealthplan.org