

# Get a Free Gift Card!

## ¡Reciba una Tarjeta de Regalo Gratis!



Gold Coast Health Plan (GCHP) values your health. A once-a-year well-care check-up can help you (or your child) stay healthy. A well-care visit is a routine check-up. Your doctor checks the health and development of you or your child. The doctor also answers any questions you may have. GCHP would like to give you (or your child) a gift card for having a well-care visit in 2022.

### To get your \$20 gift card, you must meet these requirements:

- 1 Be a GCHP member with full-scope Medi-Cal benefits between 3 to 21 years of age.
- 2 Get a well-care check-up with your doctor between **January 1, 2022 and December 31, 2022.**
- 3 Fill out this form and have your doctor or their staff sign or stamp it during the office visit.
- 4 Send the form to GCHP by **January 31, 2023.**

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.

Gold Coast Health Plan (GCHP) valora su salud. Un chequeo de rutina una vez al año puede ayudarle a usted (o a su hijo/hija) a mantenerse sano. Una visita de bienestar es un chequeo de rutina. Su médico examina la salud y el desarrollo de usted o su hijo/hija. El médico también responde cualquier pregunta que pueda tener. GCHP desea darle a usted (o a su hijo/ hija) una tarjeta de regalo a cambio de asistir a una visita de rutina en 2022.

### Para recibir su tarjeta de regalo de \$20, usted debe cumplir estos requisitos:

- 1 Ser miembro de GCHP con beneficios de Medi-Cal completos, entre 3 y 21 años de edad.
- 2 Hágase un chequeo médico con su médico entre **el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.**
- 3 Completar este formulario y hacer que su médico o su personal lo firmen o sellen durante su visita médica.
- 4 Enviar el formulario a GCHP antes del **31 de enero de 2023.**

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.



**Gold Coast  
Health Plan**<sup>SM</sup>  
A Public Entity

[www.goldcoasthealthplan.org](http://www.goldcoasthealthplan.org)

Complete the visit by December 31, 2022 and return the form to GCHP by January 31, 2023.

**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 2022 y devuelva el formulario a GCHP antes del 31 de enero de 2023.

**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 Well-Care Exam | Fecha del Examen Rutinario de Salud:** \_\_\_\_\_

**Provider Signature or Office Stamp | Firma del Proveedor o Sello de la Oficina:** \_\_\_\_\_

**Date | Fecha:** \_\_\_\_\_

Well-Care Diagnosis Codes | Códigos de diagnóstico de atención médica:  
Z00.00, Z00.01, Z00.110, Z00.111, Z00.121, Z00.129, Z00.2, Z00.3,  
Z02.5, Z76.1, Z76.2

Well-Care Service Codes | Códigos de servicio de bienestar:  
99381, 99382, 99383, 99384, 99385, 99391, 99392, 99393, 99394,  
99395, 99461



Gold Coast  
Health Plan<sup>SM</sup>  
A Public Entity

[www.goldcoasthealthplan.org](http://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)。