



# 2024 AFFIDAVIT FOR ANNUAL PHYSICAL EXAM

If you have your Annual Physical Exam performed at an Amy's Family Health Center, the Health Center will notify Anthem Blue Cross directly that you completed your exam. You will NOT need this affidavit form.

Please use this form to complete your annual physical exam and biometric screening with your provider between **12/1/2023 - 11/30/2024**. Please provide this form to your Provider to complete and sign. Amy's will **not** credit your full deductible under the medical plan in 2025 (\$1,500 for each individual on the plan and \$3,000 for the family) if an affidavit is not submitted by **11/30/2024**.

### THIS SECTION TO BE COMPLETED BY AMY'S KITCHEN EMPLOYEE OR SPOUSE/DOMESTIC PARTNER:

EMPLOYEE OR SPOUSE/DOMESTIC PARTNER NAME: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ AMY'S EMPLOYEE ID# \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

PHONE: \_\_\_\_\_  Check this box if you would like to receive a TeamCare confirmation text (Message & data rates may apply).

PLEASE CIRCLE YOUR AMY'S LOCATION: **PETALUMA REMOTE** **SANTA ROSA/DUTTON** **POCATELLO** **MEDFORD**

### THIS SECTION TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE AND/OR SPOUSE/DOMESTIC PARTNER'S PHYSICIAN:

#### Annual Physical Exam with a Basic Metabolic Blood Panel or Biometric Screening

**COMPLETE BETWEEN 12/1/2023 - 11/30/2024**

**(a) Annual Physical Exam:** This exam is to be completed by your physician and verified using this form.

**(b) Age Appropriate Basic Metabolic Blood Panel or Biometric Screening Assessment:** This exam is to be completed by your physician and verified using this form.

Provider hereby acknowledges that the participant named above was provided with an annual physical exam with a metabolic blood panel or biometric screening assessment on \_\_\_\_\_ (date).

\_\_\_\_\_  
Registered Health Professional Stamp or Signature  
(Not to be signed until after lab work has been completed)

\_\_\_\_\_  
Registered Health Professional Phone Number

Who received the annual exam with the metabolic panel or biometric screening on this date?  
(Please check one only)

EMPLOYEE

SPOUSE/DOMESTIC PARTNER

Return this completed affidavit directly to TeamCare no later than 11/30/2024. The form must be returned to them directly to ensure your annual exam is documented. If this affidavit is **not completed and returned** to TeamCare, you will receive \$0 of your deductible for 2025. That means you would pay your full deductible out of pocket. **THERE WILL BE NO EXCEPTIONS.** We strongly recommend you keep a copy of this form, so you have proof you have completed your annual exam just in case your form is misplaced by your provider or lost in the transmission to TeamCare. For any questions or if you didn't receive confirmation within 5 business days, please contact TeamCare at 866-724-0032 or Amys@delapro.com.

**PLEASE RETURN YOUR FORM TO TEAMCARE NO LATER THAN 11/30/2024:**

**MAIL: TEAMCARE**  
7110 N. FRESNO ST. STE 350  
FRESNO, CA 93710

**EMAIL: AMYS@DELAPRO.COM**

**Confidentiality/Privacy Policy:** All information is protected by the HIPAA Privacy Rule and is considered protected health information. All information results are completely confidential.

FOR QUESTIONS CONTACT TEAMCARE AT 866-724-0032 OR AMYS@DELAPRO.COM.





# DECLARACIÓN JURÍDICA DE EXAMEN FÍSICO ANUAL 2024

Si se realiza su examen físico anual en un Amy's Family Health Center, el centro de salud notificará directamente a Anthem Blue Cross que completó su examen. NO necesitará este formulario de declaración jurada.

Por favor utilice este formulario para completar su examen físico anual y biométrico con su proveedor/a entre el **12/1/2023 - 11/30/2024**. Proporcione este formulario a su proveedor para que lo complete y firme. Amy's **no** acreditará su deducible completo en el plan médico en 2025 (\$1,500 para cada individuo en el plan y \$3,000 para la familia) si no se presenta una declaración jurada antes del **11/30/2024**.

Si cubre a un cónyuge o pareja de hecho en el Plan PPO de Amy's, también deben completar este formulario para obtener un crédito completo con deducible familiar.

## ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO DE AMY'S KITCHEN O POR LA PAREJA DOMESTICA:

NOMBRE DEL EMPLEADO O ESPOSO/A O PAREJA DOMESTICA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ AMY'S NUMERO DE EMPLEADO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_  Marque esta casilla si desea recibir un texto de confirmación de TeamCare (Tarifas de mensajes y datos pueden aplicar).

Por favor circule su ubicación de trabajo : **PETALUMA REMOTO**    **SANTA ROSA/DUTTON**    **POCATELLO**    **MEDFORD**

## ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO DEL EMPLEADO O LA PAREJA DOMESTICA:

### Examen Físico Anual con el Panel de Sangre Básico Metabólico o Evaluación Biométrica

**COMPLETE ENTRE 12/1/2023 – 11/30/2024**

**(a) Examen Anual Físico:** Este examen tiene que completarlo su médico y verificar usando esta forma.

**(b) Panel de Sangre Básico Metabólico adecuado para su edad o Examen Biométrica:** Este examen tiene que completarlo su médico y verificar usando esta forma.

El proveedor verifica que el participante nombrado en la parte superior de este documento, se le ha proporcionado un examen físico anual y con el panel de sangre básico metabólico o evaluación biométrica el \_\_\_\_\_ (fecha).

\_\_\_\_\_  
Sello o Firma del Profesional de Salud Registrado  
(No debe firmarse hasta después que ya se haya llevado a cabo los exámenes de laboratorio)

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Profesional de Salud Registrado

**¿Quién recibió el examen físico con el panel metabólico o evaluación biométrica en esta fecha?**  
(Marque solamente uno)

EMPLEADO/A

ESPOSO/A O PAREJA DOMÉSTICA

Envíe esta declaración jurada completada directamente a TeamCare, a no más tardar el 11/30/2024. La forma tiene que ser enviada a ellos directamente para asegurar que su examen anual sea documentado. Si su declaración jurada **no está completada y sometida** a TeamCare, usted recibirá \$0 de su deducible para el 2025. Esto quiere decir que usted pagaría su deducible de su bolsillo. **NO HABRA EXCEPCIONES.** Le recomendamos que mantenga una copia de este formulario como prueba de que ha cumplido con su examen anual, en caso de que su proveedor médico la extravíe o no llegue a TeamCare durante la transmisión. Si tiene alguna pregunta o no ha recibido una confirmación dentro 5 días hábiles por favor comuníquese con TeamCare al 866-724-0032 o Amys@delapro.com.

### ENVÍE SU FORMULARIO A TEAMCARE A MÁS TARDAR EL 11/30/2024:

**POR CORREO: TEAMCARE**

7110 N. FRESNO ST. STE 350

FRESNO, CA 93710

**CORREO ELECTRÓNICO: AMYS@DELAPRO.COM**

**Política de Confidencialidad/Privacidad:** Toda la información es protegida por las Reglas de Privacidad de HIPAA y es considerada información de salud protegida. Toda información y resultados son completamente confidenciales.

SI TIENE PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON TEAMCARE AL 866-724-0032 O AMYS@DELAPRO.COM.

