

Si usted o su cónyuge/pareja doméstica cubierta obtienen su examen anual completado por el Centro de Salud Familiar de Amy's, **NO** necesita completar este formulario.

Por favor utilice este formulario para completar su examen físico anual y biométrico con su proveedor/a entre el **12/1/2022 - 11/30/2023**. Proporcione este formulario a su proveedor/a para que pueda completarlo y firmarlo. Amy's no acreditará su deducible completo en el plan médico para el año 2024 (\$1500 para cobertura solo para empleados y \$3000 para cobertura familiar, incluidos usted y su cónyuge/pareja doméstica cubiertos) si no se presenta una declaración jurada antes del **11/30/2023**. **Si cubre a un cónyuge o pareja doméstica 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 doméstica:

Nombre del Empleado o Esposo/a o Pareja doméstica: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Empleado de Amy's _____

Dirección: _____

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

#Teléfono _____ Correo Electrónico: _____

Por favor circule su ubicación de trabajo: **Petaluma Remoto Santa Rosa Pocatello Medford**

Esta sección debe ser completada por el médico del empleado o la pareja doméstica:

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

Complete entre 12/1/2022 – 11/30/2023

(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.

Proveedor: si a su paciente se le han completado los análisis de laboratorio en los últimos 6-12 meses y siente que los laboratorios adicionales en este momento no son necesarios, por favor ponga las iniciales aquí: _____

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 Delta TeamCare, a más tardar el **11/30/2023**. 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 Delta TeamCare, usted recibirá \$0 de su deducible para el 2024. 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 Delta TeamCare durante la transmisión. Si tiene alguna pregunta o no ha recibido una **confirmación dentro 5 días hábiles** por favor comuníquese con **Delta TeamCare** al **866-724-0032**.

POR CORREO: Delta TeamCare
7110 Fresno Street, Suite 350
Fresno, CA 93720-2933

REGRESE SU FORMA:

CORREO ELECTRONICO: amys@delapro.com