



Prenatal Reward Visits Log

To qualify for the reward, expectant mothers must attend at least six (6) prenatal doctor visits before the birth of the baby and one (1) postpartum visit between 21 and 56 days after the birth of the baby. This log must be dated and signed by you for each of the prenatal visits and the postpartum visit attended by the member.

Please fill out this form completely.

Member Name: _____ Stroller Type: Single ___ Twins ___ Triplets ___

Member ID #: _____ Phone #: () _____

Address:

Street Number (no P.O. boxes) Apt. # City ST ZIP

Provider Name: _____

Provider Phone #: () _____ Provider Fax #: () _____

Date of Last Menstrual Period: _____ Expected Date of Delivery: _____

Hospital where baby was born: _____ Date of baby's birth: _____

Please complete the chart below to ensure all prenatal visits are recorded.

Date	Provider Signature

Visit After Delivery (between 21 and 56 days after birth)

Date	Provider Signature

Please fax this form to 1-877-647-7475 no later than 30 days after the postpartum visit for the member to receive the reward.
For further information, please call Member Services 1-877-389-9457



Registro de Visitas del Programa Prenatal de Recompensas

Para calificar para la recompensa, las futuras madres deben asistir al menos a seis (6) visitas prenatales antes del nacimiento del bebé y una (1) visita de posparto entre los 21 y 56 días después del nacimiento del bebé. Este registro deberá estar fechado y firmado por usted para cada visita prenatal y la visita de posparto a las que el miembro asista.

Por favor complete este formulario en su totalidad.

Nombre del miembro: _____ Tipo de cochecito: Individual ___ Mellizos ___ Trillizos ___

No. de ID del miembro: _____ No. de teléfono: () _____

Dirección:

No. de calle (no indicar apartado postal) No. de Apto. Ciudad Estado Código postal

Nombre del proveedor: _____

No. de teléfono del proveedor: () _____ No. de fax del proveedor: () _____

Fecha del último período menstrual: _____ Fecha estimada de parto: _____

Hospital donde nació el bebé: _____ Fecha de nacimiento del bebé: _____

Por favor complete la tabla a continuación para asegurarse de que se registren todas las visitas prenatales.

Fecha	Firma del proveedor

Visita después del parto (entre los 21 y 56 días después del parto)

Fecha	Firma del proveedor

Por favor envíe este formulario por fax al 1-877-647-7475 a más tardar en 30 días después de la visita de posparto para que el miembro reciba la recompensa. Para más información, por favor llame a Servicios a Miembros al 1-877-389-9457