



Prenatal Reward Visits Log

To qualify for the reward, expectant mothers must enroll in WellCare's Prenatal Program by calling 1-888-771-2229. Attend at least six (6) prenatal doctor visits before the birth of the baby and one (1) postpartum visit between the 3rd and 7th week after the birth of the baby. This log must be dated and signed by your doctor 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 3rd and 7th week after birth)

Date	Provider Signature

Please fax this form to 1-877-647-7475 within 30 days after the postpartum visit for the member to receive the reward.



Registro de Visitas del Programa Prenatal de Recompensas

Para calificar para la recompensa, las futuras madres deben inscribirse en el Programa Prenatal de WellCare llamando al 1-888-771-2229. Asista al menos a seis (6) visitas prenatales antes del nacimiento del bebé y a una (1) visita de posparto entre la 3ª y la 7ª semana después del nacimiento del bebé. Este registro deberá estar fechado y firmado por su médico para cada una de las visitas prenatales y la visita de posparto a las que usted 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. de Apto. Ciudad Estado Código postal
(no indicar casillas de apartado postal)

Nombre del proveedor:

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

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

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 la 3ª y la 7ª semana luego del nacimiento)

Fecha	Firma del proveedor

Por favor envíe este formulario por fax al 1-877-647-7475 dentro de los 30 días después de la visita de posparto para que el miembro reciba la recompensa.