

# Maternity Management Program

## Congratulations Participant!

We look forward to providing you with nutrition and fitness education and support throughout your pregnancy. The Shaw Medical Plan offers this at no cost. As a bonus for taking part and completing this program, Shaw will make an HSA deposit of \$400 if you enroll by the end of your first trimester or \$200 if you enroll by the end of your second trimester.

CRITERIA	TIMING
Two visits for Nutrition Counseling	One visit in first <u>and</u> second trimester
Three visits for Wellness Coaching	One visit in first <u>and</u> second trimester One visit two to six weeks after birth
One visit for Gestational Diabetes Prevention may be required for a positive Glucose Tolerance Test	One visit in first <u>or</u> second trimester

## To Enroll:

Complete this form and return it to the Shaw Family Health Center. You may fax it to 706.913.1269, or email a scanned copy to [SFHC@PremiseHealth.com](mailto:SFHC@PremiseHealth.com)

## Schedule Your Appointment:

Call 706.609.9960

For your convenience, your appointment can take place in person or by phone.

Associate ID #	(check one)	Associate:	Spouse:	Dependent:
Participant Name:		Date of Birth:		
Phone Number:		Email Address:		
Provider Name:		Provider Phone Number:		
Obstetrician Name:		Obstetrician Phone Number:		

By completing and signing this form, I am requesting to participate in the Maternity Management Program offered through the Shaw Medical Plan. I understand my participation is voluntary and I will only be able to qualify for the benefits associated with this program if the criteria and timing is met. I understand that my program benefit will not be paid until completion of the program. This enrollment is effective through the full term of the pregnancy and will not automatically renew for another pregnancy. By signing, I acknowledge understanding of the criteria and timing and that the program and plan are subject to change.

\_\_\_\_\_  
Signature of Participant

\_\_\_\_\_  
Date



# Programa de Control de la Maternidad

## ¡Felicitamos a la Participante!

Esperamos poder brindarle la educación y la ayuda sobre nutrición y salud durante todo su embarazo. El Plan Médico Shaw ofrece este programa sin costo alguno. Como un bono por participar y finalizar este programa, el Centro Shaw hará un depósito HSA de \$ 400 si se inscribe al final de su primer trimestre o \$ 200 si se inscribe al final de su segundo trimestre.

CRITERIOS	CALENDARIO
Dos visitas para asesoramiento nutricional.	Una visita durante el primer y segundo trimestre.
Tres visitas para asesoramiento de bienestar	Una visita durante el primer y segundo trimestre. Una vista dentro de las dos a seis semanas después del nacimiento
Es posible que se solicite una visita para la Prevención de la Diabetes Gestacional por una prueba positiva a la tolerancia de la glucosa	Una visita durante el primer y segundo trimestre.

### Para inscribirse:

Complete este formulario y entréguelo al Shaw Family Health Center. Puede enviarlo por fax al 706.913.1269, o puede enviar una copia escaneada al [SFHC@PremiseHealth.com](mailto:SFHC@PremiseHealth.com)

### Haga una cita:

Llame al 706.609.9960

Para su comodidad, su cita puede realizarse de manera personal o por teléfono.

Id. del asociado # Dependiente:	(haga una tilde en uno)	Asociado:	Esposa/o:
Nombre del participante:	Fecha de nacimiento:		
Número de teléfono:	Correo electrónico:		
Nombre del proveedor:	Número de teléfono del proveedor:		
Nombre del obstetra:	Número de teléfono del obstetra:		

Al completar y firmar este formulario, solicito participar en el Programa Control de la Maternidad que se ofrece a través del Plan Médico Shaw. Entiendo que mi participación es de carácter voluntario y solo podré calificar para los beneficios de este programa si se cumplen los criterios y el calendario. Entiendo que el beneficio de mi programa no se pagará hasta que se finalice el programa. Esta inscripción se considera realizada durante todo el término del embarazo y no se renovará para otro embarazo de manera automática. Al firmar, reconozco y entiendo que los criterios y el calendario, y que el programa y el plan están sujetos a cambios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

