

## Instrucciones para Prueba Biométrica

### 1. Agenda Tu Prueba Biométrica:

- **Eventos de pruebas biométricas locales**..... [www.wellnessrewardsnow.com](http://www.wellnessrewardsnow.com) o (800) 591-9220
- **Clínica de Bienestar de la Propiedad**..... (si disponible)
- **Con tu WellNurse**..... (800) 591-9220
- **Con un proveedor de la red**..... **Para encontrar proveedor**
  - Cigna..... (800) 423-9920
  - Horizon..... (800) 355-2583
  - UMR..... (877) 852-3858
  - Health Plan of Nevada..... (702) 242-7011

### 2. Llena tu formulario y prueba biométrica

**Se requiere completar todo el formulario y firmarlo.** Recuerda llevar tu formato a tu cita. Los formularios con información faltante en cualquier sección serán devueltos para corregirse, lo que demorará el crédito de Wellness Rewards.

### 3. Entrega tu formulario

Entrega este formulario completo y firmado a tu Wellnurse de tu propiedad antes del **30 de noviembre, 2019**. Los formularios se pueden mandar por fax al 855-816-3504 o por correo electrónico a: [wellnessrewardsfax@cigna.com](mailto:wellnessrewardsfax@cigna.com).

### 4. Revisa tus resultados

Si tus valores son mayores de los que se indican en la sección "Metas de Wellness Rewards" abajo o en línea en [www.wellnessrewardsnow.com/biometrics/](http://www.wellnessrewardsnow.com/biometrics/), habla con tu WellNurse sobre tus requisitos de Manejo de Condiciones Médicas.

### 5. Revisa tu 'tracker'

Puede tomar hasta dos semanas completar tu formulario. Revisa tu Tracker de "Wellness" en [www.caesars.benefitsnow.com](http://www.caesars.benefitsnow.com).

### 6. Completa tu examen físico y condicionamiento medico (si se requiere)

Complete todos los requerimientos antes del 31 de mayo del 2020. Puedes agendar tu examen físico anual y tu prueba biométrica al mismo tiempo. Así puedes cumplir con los dos requerimientos al mismo tiempo.

Conocer tus números te empodera para poder hacer cambios de vida y reducir tu riesgo de desarrollar enfermedades crónicas serias.

Completa la prueba biométrica antes del **30 de noviembre** y ahorra hasta \$650 (\$1,300 si tu cónyuge o pareja de convivencia también participa) en tus primas medicas de enero a junio del 2020.

\*Los que se inscribieron en los beneficios después del 1 de noviembre del 2019, deben completar y entregar su prueba biométrica antes del 31 de mayo del 2020. Si estas embarazada, favor de llamar al Centro de Atención de Wellness Rewards al (800) 591-9220 para conocer los requerimientos del Programa de Embarazo.

## Preguntas?



**Wellness Rewards Service Center**  
**(800) 591-9220** between 6:00 a.m.  
and 5:00 p.m., Mountain Standard  
Time, Monday through Friday



**Wellness Rewards Online:**  
[www.wellnessrewardsnow.com](http://www.wellnessrewardsnow.com)  
**Check Your Tracker on:**  
[www.caesars.benefitsnow.com](http://www.caesars.benefitsnow.com)

**Las Pruebas Biométricas deben completarse y entregarse entre el 1 de Junio y el 30 de Noviembre del 2019.**

- Los formularios completos y firmados pueden ser enviados por fax a 855-816-3504 o por correo electrónico a: [wellnessrewardsfax@cigna.com](mailto:wellnessrewardsfax@cigna.com)
- Para los que se inscribieron para beneficios después del 11/01/2019, su requerimiento y fecha de entrega es diferente. Llama a tu WellNurse para mas detalles.
- Si estas embarazada, favor de llamar al Centro de Atención de Wellness Rewards al (800) 591-9220 para conocer los requerimientos del Programa de Embarazo.
- Este formulario contiene dos páginas. Favor de ver la página 'Instrucciones para Prueba Biométrica' para información adicional.
- Si tienes preguntas, favor de llamar al equipo de servicio al cliente de Wellness Rewards al (800) 591-9220.

## Sección 1 - el participante debe completarla: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Primer Nombre:	Apellido:	Código de Propiedad/Localidad:	Número 800 del Empleado (o Identif. del Plan de Beneficios):
Dirección, Ciudad, Estado, ZIP:		Correo Electrónico:	
Fecha de Nacimiento:	Relación: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de convivencia	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número Telefónico: ( )

### Reconocimiento y firma del Participante

Esta Prueba Biométrica reúne la información de salud que se identifica abajo para ayudarte a manejar tu salud y bienestar bajo el Programa Wellness Rewards. Caesars ha implementado resguardos administrativos para proteger la confidencialidad de tu información personal de salud como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), la Ley de Americanos con Incapacidades (ADA) y la Ley Contra la Discriminación por Información Genética (GINA). Tu participación es completamente voluntaria. Sin embargo, si eliges no participar, pudieras no ser elegible para ciertos Wellness Rewards. Firma abajo para confirmar que entiendes y autorizas la recolección de tu Prueba Biométrica. Los valores de la Prueba Biométrica que se reporten en este formulario se usarán para determinar si ganaste una recompensa de bono para 2020.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Favor de marcar donde completaste tu prueba biométrica

<input type="checkbox"/> Evento de Prueba de la localidad <input type="checkbox"/> Oficina de WellNurse <input type="checkbox"/> Clínica de Salud de la Propiedad <input type="checkbox"/> Doctor de Cuidado Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Requerido:</b> si sus valores biométricos son mayores que los de los Objetivos de Beneficios de Salud, la finalización del programa de Gestión de la Condición puede ser requerida para el 31 de Mayo del 2020. Llame al (800) 591-9220 para mas Información.
Iniciales de Participante _____	

## Sección 2 - el proveedor del servicio debe completarla: PRUEBA BIOMÉTRICA

Favor de codificar este servicio como preventivo. Favor de mandar todo el trabajo de laboratorio biométrico a un laboratorio de la red. Su paciente participa en un programa especial de concientización de salud llamado Wellness Rewards. Su paciente eligió entregar constancia a la WellNurse de Cigna de las pruebas siguientes para calificar a incentivos económicos de su empresa. Cualquier información que entregue será confidencial entre usted, el paciente y Cigna. Por favor complete y firme este formulario para que su paciente pueda recibir las recompensas.

### RESULTADOS DE PRUEBA BIOMETRICA: FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS MEDICIONES DE SALUD

Medición de Salud	Objetivo de Beneficios de Bienestar (Wellness Rewards)	Mis Números actuales
Fecha de Prueba:	_____	<input type="checkbox"/> Ayuno <input type="checkbox"/> No Ayuno
Altura y Peso:	(usado para calcular el IMC)	_____ pies _____ pulgadas _____ libras
IMC/Porcentaje de Grasa Corporal: Favor de completar las dos	IMC menos que 28, o 10% Pérdida de peso o grasa corporal % En un rango deseable basado en la edad y el género	IMC _____ y GC% _____
Presión Arterial:	menos que 140 y 90	_____ / _____
Colesterol Total:	(utilizado para calcular proporción de HDL)	_____
HDL:	(utilizado para calcular proporción de HDL)	_____
Relación de Colesterol Total/HDL:	HDL Proporción menos que 4.0	_____
Glucosa/Azúcar en la Sangre	Ayuno y no ayuno menor que 100 mg/dl	_____ mg/dl

Examen Anual Físico	¿Completó el participante también un Examen Físico Anual entre el 1º de junio de 2019 y el 31 de mayo de 2020? Sí No N/A
	Fecha del Examen Físico Anual: _____ Firma del Proveedor: _____

### Información del Proveedor o Técnico de Laboratorio

Nombre del Proveedor: _____	Firma del Proveedor: _____
Título: _____	Fecha: _____ Numero Telefónico: ( ) _____