WellCare of Ohio, Inc.

Prenatal Reward Visits Log

Mothers-to-be must have at least six prenatal doctor visits to qualify for the reward. You must sign and date this log for each visit.

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 fill out the chart below for each visit.

Date	Provider Signature

To help the member receive the reward:

- **Fax this form within 30 days of the baby's birth to 1-877-647-7475**

 © WellCare 2010

WellCare of Ohio, Inc.

Registro de Visitas del Programa Prenatal de Recompensas

Las futuras mamás deben realizar al menos seis visitas prenatales al médico para calificar para la recompensa. Usted debe firmar y colocar la fecha en este registro en cada visita.

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 siguiente tabla para cada visita.

Fecha	Firma del proveedor

Para ayudar al miembro a recibir la recompensa:

- **Envíe este formulario por fax dentro de los 30 días del nacimiento del bebé al 1-877-647-7475**

© WellCare 2010 NA_10_10_OMD 35566