

**Provider:** «Provider Name»

«Address\_1»

«Address\_2»

«City», «St» «Zip»

Phone: «Provider Phone #»

Fax: «Provider Fax #»

**Re: Recommended Preventive Care**

Member ID: «Member ID #»

Member Name: «Member Name»

Member DOB: «MM/DD/YYYY»

Plan: Meridian Health Plan

Preventive Care	Sub Care	Due By	Last Completed Date
Cervical Cancer Screening		«MM/DD/YYYY»	«MM/DD/YYYY»
Controlling High Blood Pressure		«MM/DD/YYYY»	«MM/DD/YYYY»
Comprehensive Diabetes Care	Eye Exam	«MM/DD/YYYY»	«MM/DD/YYYY»
Comprehensive Diabetes Care	Good HbA1c Control	«MM/DD/YYYY»	«MM/DD/YYYY»
Comprehensive Diabetes Care	HbA1c Testing	«MM/DD/YYYY»	«MM/DD/YYYY»
Comprehensive Diabetes Care	LDL-C Level<100mg/dl	«MM/DD/YYYY»	«MM/DD/YYYY»
Comprehensive Diabetes Care	LDL-C Screening	«MM/DD/YYYY»	«MM/DD/YYYY»
Comprehensive Diabetes Care	Monitoring for Nephropathy	«MM/DD/YYYY»	«MM/DD/YYYY»