

2026 Dot Incentive Program

Annual Physical and Routine Lab Work Confirmation Form

January 1, 2026 – October 31, 2026

FIRST NAME

MIDDLE NAME

LAST NAME

PATIENT:

DATE OF BIRTH:

EMPLOYEE ID NUMBER:
**If you are a spouse, please use your spouse's employee ID number.*

NOTICE TO PROVIDER

Your patient has an opportunity to complete an annual physical and routine lab work as a part of their employer or group health plan's wellness incentive program. Please complete the section below to verify that you have provided services to this patient. Patient **MUST** upload the signed form no later than **October 31, 2026**.

| QUALIFYING PROGRAM ACTIVITY | DATE OF COMPLETION | CLINIC ADDRESS/PHONE NUMBER <i>*Please use your clinic stamp here if you have one</i> | PROVIDER SIGNATURE |
|-----------------------------|--------------------|--|------------------------------------|
| ANNUAL PHYSICAL | | | PRINT NAME: SIGN NAME: DATE: |
| ROUTINE LAB WORK | | | PRINT NAME: SIGN NAME: DATE: |

REASONABLE ALTERNATIVE TO ROUTINE LAB WORK

***DATE AND SIGNATURE ARE REQUIRED**

If you are unable to complete routine lab work or if routine lab work has already been completed this year, the provider may attest to one of the following. Your provider should initial the applicable attestation box below, sign and date above.

- ☐ Routine lab work is not medically appropriate for this patient, currently (includes medical, physical, or clinical limitations and provider judgement).
- ☐ Routine lab work cannot be completed by the patient at this time for medical reasons.
- ☐ The patient has already completed routine lab work this year and is sufficient to meet the wellness requirement.

Portail Marathon Health

- o Connectez-vous ou créez un compte sur my.marathon.health
- o Cliquez sur « Voir les détails du programme » sur la page d'accueil
- o Sélectionnez l'activité pour laquelle vous soumettez un formulaire
- o Cliquez sur le bouton « Téléverser le formulaire d'incitation » pour télécharger votre document complété
- o Une fois soumis, votre formulaire sera traité dans un délai de 24 à 48 heures

AVIS AU PATIENT

Il est de votre responsabilité de téléverser ce formulaire via le portail Marathon Health une fois qu'il a été complété par votre prestataire. En complétant ce formulaire et en le soumettant à Marathon Health, vous consentez à ce que Marathon Health divulgue à votre employeur que vous avez complété les activités décrites ci-dessus.

Vous pouvez révoquer votre consentement à cette divulgation à tout moment en nous envoyant un avis écrit. Cette révocation ne s'appliquera pas aux informations déjà divulguées par Marathon Health conformément à ce formulaire de vérification.

Application Marathon Health

- o Connectez-vous à l'application Marathon Health
- o Cliquez sur le programme d'incitation sous « Mes incitations »
- o Sélectionnez l'activité pour laquelle vous soumettez un formulaire
- o Cliquez sur le bouton « Téléverser le formulaire d'incitation » pour téléverser votre document ou prendre une photo
- o Une fois soumis, votre formulaire sera traité dans un délai de 24 à 48 heures



08012025AC

