

Children (Ages 18 months – 12 years old) Neighborhood REWARDS Form

Today's Date: _____

IMPORTANT INFORMATION ABOUT GETTING YOUR REWARDS:

- You must be a Neighborhood ACCESS member for 3 months in a row when we receive this form.
- You can receive a \$25 Walmart gift card for each service listed below that you qualify for, once every 12 months.
- Your provider must be in our network.
- Please fill out a separate form for each member.
- If you cannot print the form call Neighborhood Member Services at 1-800-459-6019 and we will mail it to you.
- You should get your reward 6-8 weeks from when we receive this form.
- **We will not process your request unless this form is completed and signed by your provider office.**

MEMBER INFORMATION (Member receiving service/reward)

Name: _____

Member ID #: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

Phone: _____

Email: _____

Provider Office Name: _____

Provider Office to fill out and sign where noted below.

Eligible Members	Provider Office to fill out
Kids – 18 month old well visit	<input type="checkbox"/> Had 18 month old check-up with PCP Date of visit: _____
Kids – By their second birthday	<input type="checkbox"/> Had 1 blood Lead screening test by second birthday. Date of visit: _____
Kids - By their second birthday	<input type="checkbox"/> Completed all of their recommended shots by second birthday. Date of visit: _____
Kids, ages 3-12	<input type="checkbox"/> Had a yearly check-up with PCP Date of visit: _____
Members with any type of asthma	<input type="checkbox"/> Completed an asthma action plan Date of visit: _____
Members with diabetes	<input type="checkbox"/> Completed 3 routine diabetes screenings in 1 calendar year: 1 HbA1c test - 1 urine test - 1 blood pressure test Date of visit: _____

Please mail this form to:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island,
Attn: Member Services
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917
Or fax to: 1-401-709-7090

Provider Office Signature: _____

Print Name: _____

Date: _____

Questions? Call us at 1-800-459-6019 (TTY 711)

Niños (de 18 meses a 12 años)
Formulario de RECOMPENSAS de Neighborhood

Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO OBTENER SUS RECOMPENSAS:

- Usted debe ser miembro de Neighborhood **ACCESS** durante 3 meses seguidos cuando recibamos este formulario.
- Puede recibir una tarjeta de regalo de Walmart de \$25 por cada servicio enumerado a continuación para el que califique, una vez cada 12 meses.
- Su proveedor debe estar en nuestra red.
- Complete un formulario por separado para cada miembro.
- Si no puede imprimir el formulario, llame a Servicios para Miembros de Neighborhood al 1-800-459-6019 y se lo enviaremos por correo.
- Debería recibir su recompensa entre 6 y 8 semanas después de que recibamos este formulario.
- **No procesaremos su solicitud a menos que el consultorio de su proveedor complete y firme este formulario.**

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO
(Miembro que recibe servicio/recompensa)

Nombre: _____

Número de Identificación de Miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la Oficina del Proveedor: _____

Oficina del Proveedor debe completar y firmar donde se indica a continuación.

Miembros Elegibles	Para ser llenado por la Oficina del Proveedor
Niños - 18 meses visita de bienestar	<input type="checkbox"/> El niño de 18 meses fue atendido por su PCP Fecha de la visita:
Niños - Para su segundo cumpleaños	<input type="checkbox"/> Se hizo 1 prueba de detección de plomo en la sangre antes de cumplir dos años. Fecha de la visita:
Niños - Para su segundo cumpleaños	<input type="checkbox"/> Completó todas las vacunas recomendadas antes de cumplir dos años. Fecha de la visita:
Niños, edades 3-12	<input type="checkbox"/> Se hizo un chequeo anual con su PCP Fecha de la visita:
Miembros con cualquier tipo de asma	<input type="checkbox"/> Completó un plan de acción para el asma Fecha de la visita:
Miembros con diabetes	<input type="checkbox"/> Se hizo 3 exámenes de detección de diabetes de rutina en 1 año calendario: 1 examen HbA1c - 1 examen de orina - 1 prueba de presión arterial Fecha de la visita:

Envíe este formulario a:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island,
Attn: Member Services
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917
O fax al: 1-401-709-7090

Firma de la oficina del proveedor: _____

Imprima su Nombre: _____

Fecha: _____

Preguntas? Llámenos al 1-800-459-6019 (TTY 711)