

## Teens and Adults (Ages 13 +) Neighborhood REWARDS Form

Today's Date: \_\_\_\_\_

### IMPORTANT INFORMATION ABOUT GETTING YOUR REWARDS:

- You must be a Neighborhood **ACCESS** or **TRUST** 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 this 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
Adults ages 13 +	<input type="checkbox"/> Had a yearly check-up with PCP Date of visit: _____
Mammogram (Breast Cancer Screening)	<input type="checkbox"/> Women 40 + years old had a mammogram. 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: _____

**Provider Office Signature:** \_\_\_\_\_

**Print Name:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**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

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

## Adolescentes y Adultos (Mayores de 13 años) Formulario de RECOMPENSAS de Neighborhood

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO OBTENER SUS RECOMPENSAS:

- Usted debe ser miembro de Neighborhood **ACCESS** o **TRUST** durante 3 meses seguidos cuando recibamos este formulario.
- Usted 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.
- Usted 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
Adultos mayores de 13 años	<input type="checkbox"/> Se hizo un chequeo anual con su PCP Fecha: _____
Mamografía (Examen de detección de cáncer de mama)	<input type="checkbox"/> Las mujeres de 40 años o más se hicieron una mamografía. Fecha: _____
Miembros con cualquier tipo de asma	<input type="checkbox"/> Completó un plan de acción para el asma Fecha: _____
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: _____

Firma de la oficina del proveedor: \_\_\_\_\_

Imprima su Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

### 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