

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)

Crianças (18 meses - 12 anos) Formulário RECOMPENSAS Neighborhood

Data de Hoje: _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A OBTENÇÃO DAS SUAS RECOMPENSAS:

- Tem de ser membro do Neighborhood **ACCESS** durante 3 meses consecutivos quando recebermos este formulário.
- Pode receber um cartão de oferta de 25 dólares da Walmart por cada serviço abaixo indicado que seja elegível, uma vez em cada 12 meses.
- O seu médico deve pertencer à nossa rede. Por favor, preencha um formulário separado para cada membro.
- Se não conseguir imprimir o formulário, contacte o Neighborhood Member Services através do número 1-800-459-6019 e nós enviaremos o formulário por correio.
- O seu prémio deverá ser entregue 6 a 8 semanas após a receção do formulário.
- **O seu pedido só será processado se este formulário for preenchido e assinado pelo seu gabinete de apoio**

INFORMAÇÕES SOBRE OS MEMBROS (membros que recebem o serviço/prémio)

Nome: _____

ID de membro #: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Telefone: _____

Email: _____

Assinatura do Escritório do Provedor: _____

NOME DO ESCRITÓRIO DO PROVEDOR

Name: _____

O Escritório do Provedor deve ser preenchido e assinado nos locais abaixo indicados.

Membros Elegíveis	Escritório do Provedor para preencher
Crianças - Consulta de saúde do bebé de 18 meses	<input type="checkbox"/> Fez um check-up aos 18 meses de idade com o PCP Data da consulta:
Crianças - Até ao segundo aniversário	<input type="checkbox"/> Fez 1 teste de rastreio de chumbo no sangue até ao segundo aniversário. Data da consulta:
Crianças - Até ao segundo aniversário	<input type="checkbox"/> Completou todas as vaci nas recomenda das até ao segundo aniversário Data da consulta:
Crianças, dos 3 aos 12 anos	<input type="checkbox"/> Fez um check-up anual com o PCP Data da consulta:
Membros com qualquer tipo de asma	<input type="checkbox"/> Completou um plano de ação para a asma Data da consulta:
Membros com diabetes	<input type="checkbox"/> Realização de 3 rastreios de rotina à diabetes num ano civil: *1 teste de HbA1c *1 teste de urina *1 teste de tensão arterial Data da consulta:

Assinatura do Escritório do Provedor: _____

Nome impresso: _____

Data: _____

Enviar este formulário para:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island,
À atenção de: Member Services
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917
Ou por fax para: 1-401-709-7090