

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

Today's Date: _____

IMPORTANT INFORMATION ABOUT GETTING YOUR REWARDS:

- You must be a Neighborhood **Commercial Plan** member 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 1-855-321-9244 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: _____

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 1-855-321-9244 (TTY 711)

Provider Office to fill out and sign where noted below.

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

Provider office signature: _____

Print Name: _____

(De 18 meses a 12 años)

Formulario de RECOMPENSAS de Neighborhood - NIÑOS

Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO OBTENER SUS RECOMPENSAS:

- Debe ser miembro del **Plan Comercial** de Neighborhood 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 1-855-321-9244 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 complete este formulario y lo firme el consultorio de su proveedor.**

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (Miembro que recibe el servicio/recompensa)

Nombre: _____

Número de Identificación de Miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de la Oficina del Proveedor: _____

Envíe este formulario a:

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

¿Preguntas? Llámenos al 1-855-321-9244 (TTY 711)

La 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 rutina	☐ Llevó al niño de 18 meses a su chequeo con su PCP Fecha de la Visita: _____
Niños - Para su segundo cumpleaños	☐ 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	☐ Completó todas las vacunas recomendadas antes de cumplir dos años. Fecha de la Visita: _____
Niños, edades 3-12	☐ Tuvo un chequeo anual con su PCP. Fecha de la Visita: _____
Miembros con cualquier tipo de asma	☐ Completó un plan de acción para el asma Fecha de la Visita: _____
Miembros con diabetes	☐ Completó 3 exámenes de rutina de diabetes en 1 año calendario: • 1 prueba de HbA1c • 1 prueba de orina • 1 prueba de presión arterial Fecha de la Visita: _____

Firma de la Oficina del Proveedor: _____

Nombre Impreso: _____