

## 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 e Adultos (13 anos ou mais) Formulário de RECOMPENSAS Neighborhood

Data de Hoje: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A OBTENÇÃO DAS SUAS RECOMPENSAS:

- Tem de ser membro do Neighborhood **ACCESS** ou do **TRUST** 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: \_\_\_\_\_

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

Membros Elegíveis	Escritório do Provedor para preencher
Adultos com 13 anos ou mais	<input type="checkbox"/> Fez um check-up anual com o PCP      Data: _____
Mamografia	<input type="checkbox"/> As mulheres com mais de 40 anos fizeram uma mamografia      Data do rastreio: _____
Membros com qualquer tipo de asma	<input type="checkbox"/> Concluiu um plano de ação para a asma      Data: _____
Membros com diabetes	<input type="checkbox"/> Realização de 3 rastreios de rotina à diabetes num ano civil:      Data: _____ *1 teste de HbA1c      *1 teste de urina *1 teste de tensão arterial

### NOME DO ESCRITÓRIO DO PROVEDOR

Name: \_\_\_\_\_

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**