

Teens and Adults (Ages 13 +) Neighborhood REWARDS Form

Today's Date: _____

IMPORTANT INFORMATION ABOUT GETTING YOUR REWARDS:

- You must be a Neighborhood **Exchange** 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 this form call Neighborhood Member Services at 1-855-321-9244 and we will mail it to you.
- Please fill out this form with your provider's office.
- 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
Adults ages 13 +	☐ Had a yearly check-up with PCP Date of visit: _____
Women ages 21+	☐ Had a pap test Date of visit: _____
Women ages 40+	☐ Had a mammogram Date of visit: _____
Adults ages 45+	☐ Had a colonoscopy 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 screening: _____

Provider office signature: _____

Print Name: _____

Date: _____

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 **Exchange** cuando recibamos este formulario.
- Puede recibir una tarjeta de regalo de Walmart de \$25 por cada servicio enumerado abajo 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 este formulario, llame a Servicios para Miembros de Neighborhood al 1-855-321-9244 y se lo enviaremos por correo.
- Complete este formulario en el consultorio de su proveedor.
- 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)

Firma de la Oficina del Proveedor

Miembros elegibles	El consultorio del proveedor deberá reportar
Adultos de 13 años en adelante	☐ Que acudió al chequeo anual con el proveedor de atención primaria (PCP). Fecha del chequeo:
Mujeres de 21 años en adelante	☐ Que se sometió a una prueba de Papanicolaou. Fecha de la prueba:
Mujeres de 40 años en adelante	☐ Que se sometió a una mamografía. Fecha de la mamografía:
Adultos de 45 años en adelante	☐ Que se sometió a una colonoscopia. Fecha de la colonoscopia:
Miembros con asma de cualquier tipo	☐ Que completó un plan de acción del asma. Fecha de compleción:
Miembros con diabetes	☐ Que completó las 3 pruebas rutinarias para diabetes en el año calendario: • 1 prueba de HbA1c • 1 prueba de orina • 1 prueba de presión arterial Fecha de las pruebas:

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Fecha: _____