

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: _____

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)

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

Today's Date: _____

IMPORTANT INFORMATION ABOUT GETTING YOUR REWARDS:

- 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: _____

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 1-800-459-6019 (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: _____