Neighborhood Health Plan OF RHODE ISLAND™

ACCESS TRUST

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: _____

Approved #3034 2/12/2021 Revised February 2021
#3583 Approved 5/30/2025

Neighborhood Health Plan OF RHODE ISLAND™

ACCESS TRUST

Adolescentes e Adultos (13 anos ou mais)

Formulário de RECOMPENSAS Neighborhood

Today's Date: _____

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 apoioa**

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:

_____

Enviar este formulário para:

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

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

Membros elegíveis	Consultório do prestador de cuidados de saúder
Adultos com mais de 13 anos	☐ Fez um check-up anual com o PCP Data da visita:
Mulheres com mais de 21 anos	☐ Que se sometió a una prueba de Papanicolaou. Data da visita:
Mulheres com mais de 40 anos	☐ Fez uma mamografia Data da visita:
Adultos com mais de 45 anos	☐ Fez uma colonoscopia Data da visita:
Membros com qualquer tipo de asma	☐ Concluiu um plano de ação para a asma Data da visita:
Membros com diabetes	☐ 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 visita:

Assinatura do Escritório do Provedor: _____

Nome impresso: _____

Data: _____

Approved #3034 2/12/2021 Revised February 2021
#3583 Approved 5/30/2025