

# Post Delivery Diapers

## Pañales Después del Nacimiento

**Earn free diapers or a \$20 gift card!**

**¡Reciba Pañales Gratis o Una Tarjeta de Regalo de \$20!**

As a RightCare member, if you get a post delivery visit 21 to 56 days after you deliver, we will give you a 4 week supply of diapers or a \$20 gift card. To get your diapers or gift card, have your doctor fill in the form below and mail it to us. Requests must be mailed within 3 months following your post-delivery visit.

Como miembro de RightCare, si usted hace una visita de posparto dentro de los 21 a 56 días del parto, le entregaremos un suministro de pañales para 4 semanas o una tarjeta de regalo de \$20. Para recibir los pañales o la tarjeta de regalo, pídale a su médico que complete el siguiente formulario y que lo envíe por correo. Las solicitudes deben enviarse por correo dentro de los 3 meses siguientes a su visita de posparto.



1-855-TX-RIGHT  
(855-897-4448)  
[www.rightcare.swhp.org](http://www.rightcare.swhp.org)

RightCare from Scott & White Health Plan  
MS-A4-144  
ATTN: Member Affairs  
1206 West Campus Drive  
Temple, Texas 76502-9915

### RightCare Post Delivery Diaper Program

Please have your doctor fill in this form. Return this to us at the mailing address listed above.

### Programa de Pañales de Posparto de RightCare

Por favor solicite a su médico que complete este formulario. Regrese esta con nosotros en la dirección postal indicada arriba.

**Member Name:**

*Nombre del Miembro:* \_\_\_\_\_

**RightCare ID Number:**

*Número de ID de RightCare* \_\_\_\_\_

**Delivery Date:**

*Fecha del Parto:* \_\_\_\_\_

**Check One. For Diapers, choose a preferred size.**

*Marque una opción. Para los pañales, escoger el tamaño preferido.*

**Post Delivery Visit:**

*Visita de Posparto:* \_\_\_\_\_

**Diapers Size:**

*8-14 lbs*

*16-28 lbs*

*Pañales Tamaño:* \_\_\_\_\_

*8-14 libras*

*16-28 libras*

**Member Phone #:**

*Tel. de la miembro:* \_\_\_\_\_

**\$20 Gift Card**

*Tarjeta de Regalo de \$20*

**Member Address:**

*Dirección del Miembro:* \_\_\_\_\_

**OB/GYN Name:**

*Nombre del Obstetra/Ginecólogo:* \_\_\_\_\_

**OB/GYN Phone #:**

*No. de Teléfono del Obstetra/Ginecólogo:* \_\_\_\_\_

**Clinic Name/Stamp:**

*Nombre/Sello de la Clínica:* \_\_\_\_\_

**Staff Signature:**

*Firma del Personal:* \_\_\_\_\_