



## Earn a \$100 Gift Card

*Gane una tarjeta de regalo de \$100*

### To get your \$100 gift card you must:

1. See your doctor:
  - a. in the 1<sup>st</sup> month of your pregnancy
  - b. in the 3<sup>rd</sup> month of your pregnancy
  - c. in the 6<sup>th</sup> month of your pregnancy
  - d. in the 9<sup>th</sup> month of your pregnancy
  - e. for a post-delivery visit 21 to 56 days after you deliver
2. Be a RightCare member during all 5 visits
3. Be a RightCare member at the time of delivery
4. Have your doctor fill in the form below
5. Mail the filled out form to us
6. Please allow 4 to 6 weeks for your gift card to arrive in the mail. The card will be sent by certified mail and will have to be signed for.
7. Requests must be mailed within 3 months of the postal partum visit.

### Para recibir su tarjeta de regalo de \$100, usted debe:

1. Visitar a su médico:
  - a. en el 1.º mes de su embarazo
  - b. en el 3.º mes de su embarazo
  - c. en el 6.º mes de su embarazo
  - d. en el 9.º mes de su embarazo
  - e. hacer una visita de posparto de 21 a 56 días después del nacimiento
2. Ser miembro de RightCare durante las 5 visitas
3. Ser miembro de RightCare en el momento del parto
4. Solicitar a su médico que complete el siguiente formulario
5. Enviarnos el formulario completado
6. Por favor espere de 4 a 6 semanas para que le llegue la tarjeta de regalo por correo. La tarjeta se enviará por correo certificado y su entrega requerirá una firma.
7. **Las solicitudes deben enviarse por correo dentro de los 3 mes siguientes a su visita de posparto.**

#### TO BE COMPLETED BY MEMBER/A SER COMPLETADO POR EL MIEMBRO

**Member Name:**

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

**RightCare ID Number:**

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

**Due Date:**

*Fecha de Parto:* \_\_\_\_\_

**Phone #:**

*Teléfono:* \_\_\_\_\_

#### TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER/A SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD

**Date of Visit in 1<sup>st</sup> Month:**

*Fecha de la visita en el 1.º mes:* \_\_\_\_\_

**Date of Visit in 3<sup>rd</sup> Month:**

*Fecha de la visita en el 3.º mes:* \_\_\_\_\_

**Date of Visit in 6<sup>th</sup> Month:**

*Fecha de la visita en el 6.º mes:* \_\_\_\_\_

**Date of Visit in 9<sup>th</sup> Month:**

*Fecha de la visita en el 9.º mes:* \_\_\_\_\_

**Date of Post Partum Visit:**

*Fecha de la visita de posparto:* \_\_\_\_\_

**Doctor Name:**

*Nombre del Médico:* \_\_\_\_\_

**Clinic Name/Stamp:**

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

**Doctor Phone #:**

*Teléfono del Médico:* \_\_\_\_\_

**Staff Signature:**

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

**\*Incomplete requests may be returned. / Las solicitudes incompletas pueden ser devueltas.**

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

1-855-TX-RIGHT (1-855-897-4448)  
www.rightcare.swhp.org