



Earn \$50 towards a Car Seat
Gane \$50 para comprar un autoasiento

To get your car seat gift card you must:

1. See your doctor:
 - a. in your 1st trimester OR
 - b. within 42 days of joining with RightCare
2. Be a RightCare member during all 4 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 at the address below
6. We will mail you a card to get your car seat about 1 month before your due date. The card will be sent by certified mail and will have to be signed for.
7. We will give you facts to safely install the car seat or you can visit a fitting station for help.
8. We cannot deliver car seats to the hospital.
9. Requests must be mailed within 3 months of delivery

Para recibir su asiento gratis, usted debe:

1. Visitar a su médico:
 - a. en su 1er trimestre O
 - b. dentro de los 42 días posteriores a su inscripción en RightCare.
2. Ser miembro de RightCare durante las 4 consultas.
3. Ser miembro de RightCare al momento del parto.
4. Pedir a su médico que llene el siguiente formulario.
5. Envíenos por correo el formulario completo a la siguiente dirección
6. Le enviaremos por correo una tarjeta para que reciba su asiento aproximadamente 1 mes antes de la fecha prevista para el parto.
7. Le proporcionaremos información para instalar el asiento de manera segura. También podrá visitar una estación de prueba para recibir ayuda.
8. No podemos entregar los asientos en el hospital.
9. Las solicitudes deben enviarse por correo dentro de los 3 meses siguientes al parto.

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

Member Name:

Nombre del Miembro: _____

Due Date:

Fecha de Parto: _____

RightCare ID Number:

Número de ID de RightCare: _____

Phone #:

Teléfono: _____

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

Date of 1st Prenatal Visit:

Fecha de la primera consulta prenatal: _____

Date of 2nd Prenatal Visit:

Fecha de la segunda consulta prenatal: _____

Date of 3rd Prenatal Visit:

Fecha de la tercera consulta prenatal: _____

Date of 4th Prenatal Visit:

Fecha de la cuarta consulta prenatal: _____

Doctor Name:

Nombre del Médico: _____

Doctor Phone #:

Teléfono del Médico: _____

Clinic Name/Stamp:

Nombre/Sello de la Clínica: _____

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