



Childhood Immunizations: All Immunizations by 2 years of age

\$10 gift card per child based on shot records.

RightCare members who get all of their shots on or before their 2nd birthday can get a \$10 gift card, once per child. To get this gift card, the child must be a RightCare member for 12 months in a row. To get your \$10 gift card, have your doctor fill in the form below, attach a copy of your child's shot record, and mail everything to us at:

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

TO BE COMPLETED BY MEMBER

Member Name: _____ Child's Date of Birth: _____
 RightCare ID Number: _____
 Parent's Name: _____ Parent's Phone #: _____
 Mailing Address: _____

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Annual Exam: _____	ACHIP-recommended Immunizations Required			
	4-DTaP	1-MMR	3-HepB	4-PCV
	3-IPV	3-HIB	1-VZV	1 or 2- HepA
Doctor Name: _____	Doctor Phone #: _____			
Clinic Name/Stamp: _____	Staff Signature: _____			

- *Attach a copy of your child's verified shot record from the doctor.
- *Requests must be mailed within 3 months of the member's 2nd birthday.
- * Gift cards cannot be used for alcohol, tobacco, or firearms.
- *Incomplete request will be returned. Please allow 4 to 6 weeks for your gift card to arrive in the mail.

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



Inmunizaciones infantiles: Todas las vacunas antes de los 2 años de edad
Tarjeta de regalo de \$10 por niño según los registros de vacunación.

Los miembros de RightCare que hayan recibido todas sus vacunas al cumplir los 2 años de edad recibirán una tarjeta de regalo de \$10 por niño. Para ello, el niño debe haber sido miembro de RightCare durante 12 meses consecutivos. Para obtener su tarjeta de regalo de \$10, pídale a su médico que complete el siguiente formulario, agregue una copia del registro de vacunación de su hijo y envíelos por correo a:

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

A SER COMPLETADO POR EL MIEMBRO

Nombre del miembro: _____	Fecha de nacimiento del niño: _____
Número de ID de RightCare: _____	
Nombre del padre/madre: _____	No. de teléfono del padre/madre: _____
Dirección postal: _____	

A SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD

Fecha del examen anual: _____	Vacunas requeridas recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP)
	4-DTaP 1-MMR 3-HepB 4-PCV
	3-IPV 1-HIB 1-VZV 1 o 2-HepA
Nombre del médico: _____	Teléfono del médico: _____
Nombre/sello de la clínica: _____	Firma del personal: _____

- * Incluya una copia del registro de vacunación verificado por el médico.
- * Las solicitudes deben enviarse por correo dentro de los 3 meses siguientes al 2º cumpleaños del miembro.
- * Las tarjetas de regalo no pueden utilizarse para comprar alcohol, tabaco o armas de fuego.
- * Las solicitudes incompletas serán devueltas. Por favor considere de 4 a 6 semanas para que su tarjeta de regalo llegue por correo.**

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

