



## Programa de Asientos Elevadores para Automóvil

### Para obtener un asiento elevador sin costo, su hijo deberá:

1. Visitar a un proveedor para un control médico del programa Pasos Sanos de Texas a los 3, 4, 5, 6, 7 u 8 años.
  - a. Para los miembros existentes, el control médico se debe realizar cuando el niño tenga entre 3 y 8 años de edad.
  - b. Para los miembros nuevos, el primer control médico se debe realizar dentro de los 90 días siguientes a su afiliación a RightCare.
2. Ser miembro de RightCare al momento del control médico de Pasos Sanos de Texas.
3. Solicitar a su proveedor de Pasos Sanos de Texas que llene el formulario a continuación.
4. Enviarnos por correo postal el formulario lleno a:

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

5. Le enviaremos por correo postal una tarjeta que podrá canjear por su asiento para automóvil después de haber verificado su asistencia a la cita. La tarjeta se le enviará por correo certificado y tendrá que firmar de recibido.
6. Le brindaremos información para la instalación del asiento para automóvil o puede visitar una estación de prueba para solicitar ayuda.
7. Programa limitado a un asiento elevador para automóvil sin costo por niño durante su vida.
8. Las solicitudes deben enviarse por correo dentro de los 3 meses siguientes al control de la salud del programa Pasos Sanos de Tejas.

**\* Las solicitudes incompletas pueden ser devueltas. Espere de 4 a 6 semanas para recibir su tarjeta de regalo vía correo.**

#### A SER LLENADO POR EL MIEMBRO:

<b>Nombre del miembro:</b> _____ <b>Número de ID de RightCare:</b> _____ <b>Fecha de nacimiento:</b> _____	<b>Nombre del padre/de la madre:</b> _____ <b>Teléfono del padre/de la madre:</b> _____ <b>Condado:</b> _____
--	---

#### A SER LLENADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD:

<b>Fecha del control médico del programa Pasos Sanos de Texas:</b> _____	
<b>Estatura al momento de la visita:</b> _____	<b>Peso al momento de la visita:</b> _____
<b>Nombre del médico:</b> _____	<b>Teléfono del médico:</b> _____
<b>Nombre y sello de la clínica:</b> _____	<b>Firma del personal:</b> _____

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

