



# Control Your Asthma GIFT CARD PROGRAM

## Asthma: Refill your asthma controller medicine regularly

\$50 gift card for getting all refills during a 12 month period

To get these gift cards you must:

1. Be prescribed a controller asthma medicine
2. Be between ages of 5 and 64
  - a. The time starts when you turn 5
  - b. The time ends when you turn 65 years old.
3. Be a RightCare member during all 12 dates of refills
4. You must be a RightCare member for 6 months before counting the refills
5. Have your doctor fill in the form below
6. Mail the filled out form to us
7. Request must be mailed within 3 months of the visit.

We will call to check your refills and eligibility. Then we will mail you the gift card within 6 to 8 weeks.

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

**NOTE: This is not for fast-acting inhalers or rescue medicine. Incomplete request may be returned.**

### TO BE COMPLETED BY MEMBER

Member Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 RightCare ID Number: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
 Mailing Address: \_\_\_\_\_  
 Street Address City State Zip Code

### REFILL DATES:

1 <sup>st</sup> : _____	5 <sup>th</sup> : _____	19 <sup>th</sup> : _____
2 <sup>nd</sup> : _____	6 <sup>th</sup> : _____	10 <sup>th</sup> : _____
3 <sup>rd</sup> : _____	7 <sup>th</sup> : _____	11 <sup>th</sup> : _____
4 <sup>th</sup> : _____	8 <sup>th</sup> : _____	12 <sup>th</sup> : _____

### TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Name of Asthma Controller Medicine: \_\_\_\_\_ Date 1st Prescribed: \_\_\_\_\_  
 Doctor Name: \_\_\_\_\_ Doctor Phone #: \_\_\_\_\_  
 Clinic Name/Stamp: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_

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





**Asma: Resurta su medicamento antiasmático con regularidad.**

Tarjeta de regalo de \$50 por todos los resurtidos durante un periodo de 12 meses

Para obtener estas tarjetas de regalo, usted debe:

1. Contar con una receta para medicamento antiasmático.
2. Tener entre 5 y 64 años de edad:
  - a. El periodo comienza cuando cumple 5 años.
  - b. El periodo finaliza cuando cumple 65 años de edad.
3. Ser miembro de RightCare durante las 12 veces en que solicite el resurtido.
4. Ser miembro de RightCare durante 6 meses antes de comenzar a contar los resurtidos.
5. Pedirle a su médico que llene el formulario a continuación.
6. Enviarnos por correo postal el formulario lleno.
7. Las solicitudes deben enviarse por correo dentro de los 3 meses siguientes al control de la salud del programa Pasos Sanos de Tejas.

Le llamaremos para verificar sus resurtidos y su elegibilidad. Recibirá por correo la tarjeta de regalo correspondiente dentro de las 6 a 8 semanas siguientes.

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

**NOTA:** Este beneficio no aplica a inhaladores de acción rápida ni medicamento de alivio rápido. Las solicitudes incompletas pueden ser devueltas.

**A SER LLENADO POR EL MIEMBRO:**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de ID de RightCare: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código postal

**FECHAS DE RESURTIDO:**

1: _____	5: _____	9: _____
2: _____	6: _____	10: _____
3: _____	7: _____	11: _____
4: _____	8: _____	12: _____

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

Medicamento antiasmático: \_\_\_\_\_ Fecha de la 1ª receta: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Nombre y sello de la clínica: \_\_\_\_\_ Firma del personal: \_\_\_\_\_

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

