



Earn \$50 for Getting at Least 6 Texas Health Steps Checkups by 15 Months

*Reciba \$50 por 6 o más controles de salud del programa
Pasos Sanos de Tejas hasta los 15 meses*

To get your \$50 gift card you must:

1. Be under the age of 15 months
2. Get at least 6 Texas Health Step Checkups before the member turns 15 months old
3. Be a RightCare member during all 6 visits
4. Have your doctor fill in the form below
5. Mail the filled out form to us at the address below
6. 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 6th checkup.

Para obtener su tarjeta de regalo de \$50:

1. El niño debe tener menos de 15 meses
2. El niño debe hacerse al menos 6 controles de salud del programa Pasos Sanos de Tejas antes de cumplir 15 meses de edad
3. Debe ser miembro de RightCare durante las 6 visitas
4. Su médico debe completar el formulario incluido más abajo
5. Usted debe enviar por correo el formulario completo a la dirección indicada más abajo
6. La tarjeta se le enviará por correo certificado y usted deberá firmar un comprobante de entrega.
7. Las solicitudes deben enviarse por correo dentro de los 3 meses siguientes a la fecha del 6^o control de salud del programa.

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

Member Name:

Nombre del miembro: _____

RightCare ID Number:

No. de ID de RightCare: _____

Date of Birth:

Fecha de nacimiento: _____

Phone #:

No. de teléfono: _____

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER/ PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD

Date of 1st Checkup:

Fecha del 1er. control de salud: _____

Date of 2nd Checkup:

Fecha del 2do. control de salud: _____

Date of 3rd Checkup:

Fecha del 3er. control de salud: _____

Doctor Name:

Nombre del médico: _____

Clinic Name/Stamp:

Nombre/sello de la clínica: _____

Date of 4th Checkup:

Fecha del 4to. control de salud: _____

Date of 5th Checkup:

Fecha del 5to. control de salud: _____

Date of 6th Checkup:

Fecha del 6to. control de salud: _____

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)

TTY 7-1-1

www.rightcare.swhp.org