



Earn \$50 towards a Car Seat for Texas Health Steps 4 Month Checkup

To get your \$50 gift card you must:

1. Be under the age of 5 months
2. Be a RightCare member at the time of the 4 month Texas Health Steps Checkup
3. Be a RightCare member during all 4 months
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. We will give you facts to safely install the car seat or you can visit a fitting station for help.
8. Requests must be mailed within 3 of the 4 month Texas Health Steps Checkup

TO BE COMPLETED BY MEMBER/

Member Name: _____ **Date of Birth:** _____

RightCare ID Number: _____ **Phone #:** _____

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Texas Health Steps Checkup: _____

Height at Visit: _____ **Weight at Visit:** _____

Doctor Name: _____ **Doctor Phone #:** _____

Clinic Name/Stamp: _____ **Staff Signature:** _____

***Incomplete requests may be returned.**

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



Reciba \$50 para un autoasiento por el control de salud del 4to. mes del programa Pasos Sanos de Tejas

Para obtener su tarjeta de regalo de \$50:

1. El niño debe tener menos de 5 meses
2. Debe ser miembro de RightCare en el momento del control de salud del 4to. mes del programa Pasos Sanos de Tejas
3. Debe ser miembro de RightCare durante los 4 meses
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. Le diremos cómo instalar de forma segura el autoasiento. También puede pasar por una estación de instalación para obtener ayuda.
8. Las solicitudes deben enviarse por correo dentro de los 3 meses siguientes a la fecha del control de salud del 4to. mes del programa Pasos Sanos de Tejas

PARA SER COMPLETADO POR EL MIEMBRO

Nombre del miembro: _____	Fecha de nacimiento: _____
No. de ID de RightCare: _____	No. de teléfono: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD

Fecha del control de salud del programa Pasos Sanos de Tejas: _____	
Altura durante la visita: _____	Peso durante la visita: _____
Nombre del médico: _____	Teléfono del médico: _____
Nombre/sello de la clínica: _____	Firma del personal: _____

* Las solicitudes incompletas pueden ser devueltas.

Plan RightCare de 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