Formulario de reembolso de recompensas

WellSense HEALTH PLAN

Gracias por completar su examen reciente. Complete todos los campos de este formulario y envíelo por correo postal o correo electrónico a las direcciones que se proporcionan a continuación para que se agreguen fondos a su tarjeta de **recompensas para artículos de venta libre (OTC)** (OTC Rewards).

Las visitas deben realizarse después del 1 de enero de 2023 para recibir recompensas OTC. La tarjeta recompensas para artículos de venta libre (OTC) es para todos los miembros de su hogar y se enviará por correo al miembro que figura como cabeza de familia o a su padre/tutor. Los miembros pueden ganar un máximo de $250 en efectivo y bienes y servicios no en efectivo cada año fiscal estatal, que va del 1 de julio al 30 de junio.

Examen completado (marque la selección claramente)

☐ **Visitas de bienestar para niños y adolescentes ($50)**

Los miembros deben tener 12-17 años y haber tenido al menos una visita completa de rutina con un PCP o un obstetra/ginecólogo. Esta recompensa se puede ganar una vez cada doce meses.

☐ **Prueba de plomo para niños ($50)**

Los miembros deben tener 0-24 meses y completar una prueba de detección de plomo. Esta recompensa se puede ganar una vez cada doce meses.

Información del miembro (escriba en letra de imprenta con claridad)

Su número de identificación de miembro (de su tarjeta de identificación de WellSense)

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	La mejor manera de comunicarse con usted: ¿por teléfono o correo electrónico?

Formulario de reembolso de recompensas

WellSense HEALTH PLAN

Información del proveedor (escriba en letra de imprenta con claridad)			
Nombre del consultorio del proveedor	Número de teléfono del consultorio		
Dirección del consultorio	Ciudad	Estado	Código postal

Visita al consultorio (escriba la información en letra de imprenta con claridad)	
Fecha de la visita:	Tipo de examen:
Fecha de la visita:	Tipo de examen:
Fecha de la visita:	Tipo de examen:
Fecha de la visita:	Tipo de examen:

Por favor, envíe este formulario por correo o correo electrónico a:

WellSense Health Plan
Attn: Member Incentives
529 Main Street, 5th Floor
Charlestown, MA 02129

NHHealthyRewards@wellsense.org