

\$150 por completar las visitas de control pediátrico

PrimeWest Health tiene un **programa de incentivos por completar las visitas de control pediátrico** para niños de 0 a 15 meses. Recomendamos encarecidamente a los padres/tutores que lleven a sus hijos a, **al menos, 6** visitas de control pediátrico antes de los 15 meses de vida. Por cada visita que complete su hijo, usted tiene la oportunidad de ganar una tarjeta de regalo de \$25. Para obtener su tarjeta, lleve a su hijo a una visita de control pediátrico y luego infórmenos a través de uno de los métodos que se indican en la primera página de este folleto. Si decide enviar su información en línea, seleccione **"Visita de control pediátrico de 0 a 15 meses"** (0 – 15 Months Well-Child Visit) en el menú desplegable.

Si su hijo completa **6 visitas** y usted envía la **información de cada una, puede ganar \$150.**

A continuación, hemos incluido el calendario recomendado de visitas de control pediátrico. Por ejemplo, su hijo debe acudir a su primera visita de control pediátrico entre su nacimiento y los 2 meses de vida.

Seis visitas de control pediátrico que su bebé debe haber completado a los 15 meses

Nacimiento 1 mes 3 meses 6 meses 9 meses 12 meses 15 meses

Visita N.º 1

Visita N.º 2

Visita N.º 3

Visita N.º 4

Visita N.º 5

Visita N.º 6



1-866-431-0801 (toll free); TTY **1-800-627-3529** or **711**

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you free of charge and without unnecessary delay. Additionally, appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are available free of charge and in a timely manner. Please call the number above or speak to your provider. English

တိရိစ္ဆာန်- ဖဲနွှဲမိကတိကညီကိန်နုနု, သဘာဝကိန်တိဟံးမၤစၢၤအတိးတိးမၤတဖၣ်ကအိၣ်ဝဲဒၣ်လၢနဂီၢ်လၢတလိၣ်ဟ့ၣ်အပူၤဒီး တထူးတၢ်ဆၢကတိၢ်ယံၣ်ယံၣ်ဘၣ်န့ၣ်လီၤ. အမံၤညါ, တၢ်န့ၣ်ဟ့ၣ်အပူၤဒီးအလီၤလၢအဖိးမံၤဒီးတၢ်မၤစၢၤအတိးတိးမၤတဖၣ်လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂီၢ်တၢ်ကျိၤလၢကွၢ်ဂီၢ်လၢတၢ်မၤန့ၣ်သ့အိၣ်ညါန့ၣ်ကအိၣ်ဝဲဒၣ်လၢအပူၤတအိၣ်ဒီးတၢ်ကဟ့ၣ်အိၣ်အဆၢကတိၢ်ဘၣ်ဘၣ်န့ၣ်လီၤ. ဝံသးစူၤကိးဘၣ်လီၤတဲစီၢ်ဂီၢ်လၢထးမ့တမ့ၢ်ကတိၢ်တၢ်ဒီးန့ၣ်ဟ့ၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်တက့ၢ်. Karen

FIIRO GAARAH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada kaalmada luqadda bilaashka ah ayaa laguugu heli karaa adiga lacag la'aan oo aan lahayn daahid aan lama huraan ahayn. Intaa waxaa dheer, caawimooyinka iyo adeegyada ku habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la heli karo ayaa lagu heli karaa lacag la'aan iyo waqti ku habboon. Fadlan wac lambarka kore ama la hadal adeeg bixiyahaaga. Somali

ATENCIÓN: Si habla español, los servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas están disponibles para usted de forma gratuita y sin demoras innecesarias. Además, se dispone de ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles de forma gratuita y oportuna. Llame al número mencionado anteriormente o hable con su proveedor. Spanish



1-866-431-0801 TTY 711
memberservices@primewest.org

La discriminación es ilegal. PrimeWest Health no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, credo, religión, orientación sexual, estado de asistencia pública, estado civil, edad, discapacidad o sexo.

PW_12-24_341R_02-26/DHS_Approved_03/10/2026

¿Necesita un INCENTIVO?

Gane hasta
\$250
por sus visitas de
control pediátrico
y vacunas



Mantenga a su bebé sano y gane hasta \$250

Los bebés deben acudir a un proveedor de cuidados médicos para sus visitas de control pediátrico varias veces durante sus primeros años de vida. Al llevar a su hijo a las visitas de control pediátrico, puede tener la seguridad de que está sano y que recibirá las vacunas adecuadas. Si su hijo es miembro de PrimeWest Health, estas visitas y vacunas son un beneficio cubierto y se brindan sin costo alguno para usted. Además, puede ganar tarjetas de regalo de hasta \$250 siempre que su hijo se mantenga al día con sus visitas de control pediátrico y sus vacunas. Para ser elegible, PrimeWest Health debe ser el seguro médico principal de su hijo cuando se complete el servicio.

Lea la información de este folleto para saber cómo obtener sus tarjetas de regalo. Cuando sea el momento de enviar la información, puede realizar una de las siguientes acciones:

Complete los cupones adjuntos y envíelos por correo a la dirección que figura a continuación.
Attn: Member & Provider Services
PrimeWest Health
3905 Dakota St
Alexandria, MN 56308



Al completar el cupón o el formulario en línea, usted declara que la información proporcionada es verdadera a su leal saber y entender. Es posible que PrimeWest Health revise la información de la reclamación para confirmar que se brindó el servicio. Es posible que debamos recibir primero la reclamación correspondiente al servicio antes de enviarle la tarjeta de regalo. Este proceso puede tardar entre 3 y 6 meses. Gracias por su paciencia.

Llame a Servicios para Miembros al **1-866-431-0801** si necesita ayuda para programar las visitas de control pediátrico y las vacunas. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3529** o al **711**. Estas llamadas son gratuitas.

\$100 por completar las vacunas de la infancia

PrimeWest Health tiene un **programa adicional de incentivos por completar las vacunas de la infancia**, las cuales se administran durante las visitas de control pediátrico. Si su hijo recibe todas las vacunas enumeradas a continuación *antes* de cumplir 2 años (24 meses), usted tiene la oportunidad de ganar una tarjeta de regalo adicional de \$100.

Si su hijo recibió todas las vacunas enumeradas a continuación *antes* de su segundo cumpleaños, infórmenos mediante uno de los métodos que se indican en la primera página para obtener su tarjeta de regalo. Si decide enviar su información en línea, seleccione **“Vacunas de la infancia” (Childhood Vaccines)** en el menú desplegable.

Para asegurarse de que su hijo haya recibido todas las vacunas, puede pedirle a su proveedor que marque cada vacuna en el cupón adjunto.

- Hepatitis B: al menos 3 vacunas contra la hepatitis B o antecedentes de hepatitis B
- RV (rotavirus): 2 o 3 dosis, dependiendo de la vacuna administrada
- DTaP (difteria, tétanos y tos ferina): al menos 4 vacunas DTaP
- Hib (influenza H tipo B): 3 o 4 dosis, dependiendo de la vacuna administrada
- PCV13 (vacuna antineumocócica conjugada): al menos 4 vacunas PCV13
- IPV (poliomielitis): al menos 3 vacunas IPV
- Gripe (influenza): al menos 2 vacunas contra la influenza
- MMR (sarampión, paperas y rubéola): al menos 1 vacuna MMR o antecedentes de sarampión, paperas o rubéola
- VZV (varicela): al menos 1 vacuna VZV o antecedentes de varicela
- Hepatitis A: al menos 1 vacuna contra la hepatitis A o antecedentes de hepatitis A



A continuación, hemos incluido el calendario de vacunas recomendado. Por ejemplo, su hijo debe recibir su primera vacuna contra la hepatitis B entre el nacimiento y el primer mes de vida.

Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	2 años
Hep B N.º 1	Hep B N.º 2			Hep B N.º 3				
	RV N.º 1	RV N.º 2	RV N.º 3					
	DTaP N.º 1	DTaP N.º 2	DTaP N.º 3				DTaP N.º 4	
	Hib N.º 1	Hib N.º 2	Hib N.º 3	Hib N.º 4				
	PCV13 N.º 1	PCV13 N.º 2	PCV13 N.º 3	PCV13 N.º 4				
	IPV N.º 1	IPV N.º 2	IPV N.º 3					
				Influenza (al menos 2 vacunas contra la gripe antes del segundo cumpleaños)				
					MMR			
					VZV			
					Hep A			





Complete todas las vacunas antes de que su hijo tenga 2 años y gane una tarjeta de regalo de \$100. Envíe este cupón o escanee el código QR que aparece más abajo.

Puede ganar una tarjeta de regalo de \$100 si su hijo está al día con todas las vacunas *antes* de cumplir 2 años. PrimeWest Health debe ser el seguro médico principal de su hijo cuando se complete el servicio. Al completar el cupón, usted declara que la información proporcionada es verdadera a su leal saber y entender. Es posible que PrimeWest Health revise la información de la reclamación para confirmar que se brindó el servicio. Su tarjeta de regalo puede demorar de 3 a 6 meses en llegar.

Attn: Members & Provider
Services
PrimeWest Health
3905 Dakota St
Alexandria, MN 56308

Envíe el cupón completado a la dirección que figura a la derecha o escanee el código QR.



Cupón de \$100. La letra debe ser legible.

Envíe el cupón completado para recibir su tarjeta de regalo.

Fecha en que el miembro recibió la última vacuna necesaria para cumplir con el requisito _____

Clínica _____ Nombre del miembro _____

Núm. de identificación del miembro _____

Fecha de nacimiento del miembro _____

Nombre del padre, la madre o el tutor _____

Núm. de teléfono del padre, la madre o el tutor _____

Su hijo debe tener todas las vacunas requeridas *antes* de los 2 años (24 meses). Para que le sea más sencillo realizar un seguimiento, pídale a su proveedor que marque cada vacuna en el dorso de este cupón.

continúa en el dorso



Cupón de \$100

Pídale a su proveedor que marque cada vacuna que reciba su hijo. De esta forma, le resultará más sencillo realizar un seguimiento y sabrá con exactitud cuándo puede enviar la información para obtener una tarjeta de regalo.

	Dosis N.º 1 (fecha)	Dosis N.º 2 (fecha)	Dosis N.º 3 (fecha)	Dosis N.º 4 (fecha)
Hep B				
RV				
DTaP				
Hib				
PCV13				
IPV				
Influenza				
MMR				
VZV				
Hep A				