TUFTS Health Plan

Tufts Health Together (MassHealth)

Formulario de recompensa de EXTRAS

Obtén recompensas por conductas saludables

Cuando tú y tu familia sean miembros de Tufts Health Together (MassHealth), puedes ganar estas recompensas por recibir servicios que te ayudan a mantenerte saludable.

Después de completar una acción saludable, sigue estos pasos para pedir tu recompensa:

1. Asegúrate de ser miembro de Tufts Health Together (MassHealth) cuando recibas los servicios.

2. Completa la sección de Información del Miembro en el formulario de la siguiente página.

- Si vas a completar el formulario para un niño, usa el nombre del niño y su número de identificación de miembro de Tufts Health Plan.
- Completa un formulario por cada miembro.

3. Marca el servicio que recibiste y escribe la fecha.

4. Mándanos el formulario completo por correo o fax a la dirección que está en la página 2.

Procesaremos tu solicitud tan pronto como recibamos el formulario debidamente completado. Vas a recibir tu recompensa entre 6 y 8 semanas después de enviar el formulario.

Conducta saludable	Miembros elegibles	Recompensas
Vacunación y exámenes para niños Asegúrate que tu hijo reciba estas vacunas antes de cumplir dos años: • 4 dosis contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP) • 3 dosis contra la poliomielitis (IPV) • 1 dosis contra la hepatitis A (Hep A) • 3 dosis contra la Hep B • 4 dosis contra la Haemophilus influenzae tipo b (Hib) • 2 dosis contra la influenza • 1 dosis contra la varicela • Examen de detección de plomo en sangre • 3 dosis contra el rotavirus (vacuna Rota) • 1 dosis contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) • 4 dosis contra el neumococo (PCV)	Niños menores de 2 años	Tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados
Vacunas para adolescentes Asegúrate que tu hijo reciba estas vacunas antes de cumplir 13 años: • 1 dosis de la vacuna meningocócica • 1 dosis de la vacuna contra el tétanos, difteria y tos ferina acelular (TDap) • Esquema de 2 o 3 dosis contra el virus del papiloma humano (HPV)	Niños menores de 13 años	Tarjeta de regalo de $10 para tiendas departamentales
Consulta anual de bienestar para niños Asiste a una consulta anual de bienestar	Niños de 3 a 9 años	Tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados
Consulta anual de bienestar para adolescentes Asiste a una consulta anual de bienestar	Adolescentes de 10 a 17 años	Tarjeta de regalo de $10 para tiendas departamentales
Visita anual de bienestar para adultos Asiste a una consulta anual de bienestar	Adulto, mayor de 18 años	Tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados

Conducta saludable	Miembros elegibles	Recompensas
Visitas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) Asiste a dos visitas al programa WIC durante el embarazo	Madres nuevas	Tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados
Visita de posparto Visita al proveedor entre 7 y 84 days días después del parto	Madres nuevas	Tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados
Plan de acción para el asma Completa un plan de acción para el asma	Personas con asma	Tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados
Controles para la diabetes Completa 5 controles de la diabetes dentro de 1 año calendario: 1 examen de la vista, 2 exámenes de azúcar en sangre (HbA1c), 1 examen de proteínas y 1 examen de colesterol (LDL)	Personas con diabetes	Tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados

Las recompensas de EXTRAS pueden cambiar. Visita **TuftsHealthPlan.com/TogetherExtras** para obtener la información más actualizada sobre las recompensas de EXTRAS y requisitos de elegibilidad.

Fecha de hoy ____ / ____ / ____

Información del Miembro (a completar por el miembro, el padre o el tutor legal)

Nombre _____

No. de identificación de miembro de Tufts Health Plan _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ – _____ – _____ Correo electrónico _____

Servicio saludable recibido	Fecha del servicio
☐ Vacunas y controles para niños de 2 años o menos	____ / ____ / ____
☐ Vacunas y controles para adolescentes de 13 años o menos	____ / ____ / ____
☐ Visita anual de bienestar para niños de 3 a 9 años	____ / ____ / ____
☐ Visita anual de bienestar para adolescentes de 10 a 17 años	____ / ____ / ____
☐ Visita anual de bienestar para adultos de 18 años en adelante	____ / ____ / ____
☐ Dos (2) visitas al programa WIC durante el embarazo	____ / ____ / ____ & ____ / ____ / ____
☐ Visita de posparto	____ / ____ / ____
☐ Plan de acción para el asma	____ / ____ / ____
☐ Controles para la diabetes	____ / ____ / ____

Los miembros deben enviar este formulario por correo a:

Tufts Health Plan
Attn: Claims Department
P.O. Box 524
Canton, MA 02021
O envíanos un fax a: 857-304-6300

¿Tienes alguna pregunta?
Llámanos al 888-257-1985.
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.