TUFTS Health Plan

Tufts Health Together (MassHealth)

Formulario de recompensa de EXTRAS
Clases para el cuidado de recién nacidos

Obtén recompensas por asistir a una clase de cuidados para el recién nacido.

Las miembros de Tufts Health Together (MassHealth) que estén cursando un embarazo o hayan dado a luz recientemente pueden obtener una recompensa por completar una (1) de las siguientes clases, una vez cada 12 meses: nacimiento, recién nacido o lactancia.

Sigue estos pasos para solicitar tu recompensa:

1. Asegúrate de ser miembro de Tufts Health Together (MassHealth) en la(s) fecha(s) en que asististe a la clase.
2. Completa la sección de Información del Miembro de este formulario.
   - Si completas este formulario para otro miembro, usa el nombre de ese miembro, su número de identificación de miembro del Tufts Health Plan y su dirección.
   - Completa un (1) formulario para cada miembro.
3. Mándanos el formulario completo por correo o fax e incluye uno (1) de los siguientes documentos:
   - Recibos detallados que demuestren el pago de la clase
   - Constancia escrita de asistencia o certificado de finalización

Comenzaremos a procesar tu solicitud cuando recibamos el formulario completado. Vas a recibir tu recompensa entre 6 y 8 semanas después de enviar el formulario.

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 _____

N.º de identificación de miembro de Tufts Health Plan _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ – _____ – _____ Correo electrónico _____

Completa la información a continuación:

Miembros elegibles	Miembro a completar	Recompensas
Padres primerizos	Asistió a la clase de nacimiento/ recién nacido/lactancia el: ___ /___ /___ (fecha en que completó la clase)	Tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados

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 preguntas?
Llámanos al 888-257-1985
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.