TUFTS Health Plan

Tufts Health Together (MassHealth)

Formulario de reembolso por acondicionamiento físico EXTRAS

Obtén una recompensa por hacer ejercicio.

Los miembros elegibles de Tufts Health Together (MassHealth) pueden recibir un reembolso de hasta $30 una vez cada 12 meses por una membresía en gimnasios o una actividad relacionada con el acondicionamiento físico.

Sigue estos pasos para solicitar tu recompensa:

1. Asegúrate de haber sido miembro de Tufts Health Together (MassHealth) durante tres (3) meses y de tener membresía en gimnasios o realizar actividades relacionadas con el acondicionamiento físico.
2. Completa la sección **Información del Miembro** de este formulario.
   - Si estás completando este formulario para otro miembro, usa el nombre de ese miembro, su número de identificación de miembro de Tufts Health Plan y su dirección.
   - Completa un formulario por cada miembro.
3. Mándanos el formulario completo por correo o fax e incluye lo siguiente:
   - Un recibo original y detallado o una carta oficial del gimnasio que compruebe el pago de la membresía en gimnasios o actividad relacionadas con el acondicionamiento físico.

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 _____

Solicito reembolso por (marca una opción):

☐ Cargos de membresía en gimnasios ☐ Cargos de actividades físicas (indique la actividad): _____

Si solicitas esto en nombre de un niño o dependiente, escribe el nombre del padre, madre o tutor en letra de imprenta. El cheque debe hacerse a nombre de:

_____

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.

8236 SPA 091526