

Recompénsate por mantenerte en forma

¡Obtén un reembolso por hasta **3 meses** de tarifas del programa de pérdida de peso!

Reembolso del programa de pérdida de peso

Puedes solicitar un reembolso por tres meses de un programa calificado de pérdida de peso. Nosotros cubriremos los primeros tres meses, sin incluir las tarifas de iniciación ni costos de alimentos.

El reembolso del programa de pérdida de peso debe cumplir con los siguientes criterios para la devolución:

- ① Debes ser un miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado de pérdida de peso durante al menos tres meses consecutivos.

De acuerdo con tu tipo de plan, Tufts Health Plan pagará durante un máximo de tres meses los costos de tu programa de pérdida de peso. El beneficio de devolución por pérdida de peso varía dependiendo del plan en el que te encuentres. Revisa tu manual del miembro para ver los servicios cubiertos y no cubiertos. Puedes encontrar el manual del miembro en formularios y documentos en la sección [Manuales](#).

Envía tu formulario de reembolso ▶

Tufts Health Direct

Formulario de reembolso de beneficios cubiertos: Programas de pérdida de peso



Debes completar todos los campos. Escribe claramente con letra de imprenta. Conserva una copia de todos los recibos y documentos para tu registro. Asegúrate de firmar el formulario.

Para calificar para la devolución del pago del programa de pérdida de peso, debes completar tres meses consecutivos como miembro de Tufts Health Plan.

Tendrás 24 meses desde la fecha en que pagaste tus tarifas del programa de pérdida de peso para enviar tu solicitud de devolución del pago del programa de pérdida de peso. Cada miembro de un plan familiar puede solicitar un reembolso del programa de pérdida de peso una vez por Año de Beneficios. La devolución se paga al suscriptor de Tufts Health Plan. Generalmente procesamos los reembolsos dentro de las 6 a 8 semanas posteriores a la recepción.

Información del miembro/suscriptor

► Información del miembro

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de identificación de Tufts Health Plan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

► Información del suscriptor

Dirección: _____

Teléfono: _____

Información del programa de pérdida de peso

Nombre del programa de pérdida de peso: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Información de pago

Indica cuál de las siguientes formas de comprobante de pago estás incluyendo con este formulario:

- Un recibo detallado del programa de pérdida de peso con fechas de membresía y el monto pagado en dólares
- Un estado de cuenta en hoja membretada del programa de pérdida de peso, con una firma autorizada, donde se indique que se hizo el pago

Firma obligatoria

Firma del miembro: _____

Fecha: ____/____/____

Envía este formulario y toda la documentación a:

Tufts Health Plan
Attn: Claims Department
P.O. Box 524
Canton, MA 02021

O envíanos un fax a: 857-304-6307

¿Tienes alguna pregunta? Llámanos al **888-257-1985**.