

Earn rewards for healthy behaviors

If you and your family are *Tufts Health Direct* members, you can earn these rewards for getting services that help you stay healthy.

After you complete a healthy behavior, follow these steps to request your reward:

1. Make sure you are a *Tufts Health Direct* member when you receive services.
2. Fill out the Member Information section of the form on the next page.
 - If you are filling out the form for a child, use the child's name and Tufts Health Plan Member ID #.
 - Fill out one form for each member.
3. Ask your primary care provider (PCP) or specialist to fill out the Provider Information section, check the service you received, fill in the date and sign the form.
4. Mail or fax us the completed form.

EXTRAS may change. Please visit tuftshealthplan.com/DirectExtras for the most up-to-date EXTRAS and eligibility information.

Healthy Behavior	Eligible Members	Reward
Yearly checkup Members can get one fitness band during their membership. They can earn a \$25 supermarket gift card for having a yearly checkup all other years.	Members	Fitness band OR \$25 supermarket gift card
Diabetes screenings Complete 5 routine diabetes screenings in 1 calendar year: 1 eye exam, 2 blood sugar (HbA1c) tests, 1 protein test and 1 cholesterol (LDL) test	Those with diabetes	\$25 supermarket gift card



Today's date ___/___/___

Member Information

Name _____
Tufts Health Plan Member ID # _____
Address _____
City _____ State _____
ZIP _____
Phone _____ - _____ - _____ Email _____

PCP/Specialist (To be filled out by provider)

Name _____
Provider ID # (if applicable) _____
Address _____
City _____ State _____
ZIP _____
Phone _____ - _____ - _____ Email _____

PCP/Specialist to fill out and sign where noted below.

Healthy Service Received	Date of Service
<input type="checkbox"/> Yearly checkup <input type="checkbox"/> Fitness band (<i>can only request one per membership</i>) <input type="checkbox"/> \$25 supermarket gift card	___/___/___
<input type="checkbox"/> Diabetes screenings	___/___/___

PCP/Specialist:

_____ Date ___/___/___

Print Name _____

Members, please mail this form to:

Tufts Health Plan
Attn: Claims Department
P.O. Box 9194
Watertown, MA 02471-9194
Or fax to: 857.304.6307

Questions? Call us at 888.257.1958
Monday–Friday, 8 a.m. – 5p.m.

Gane recompensas por conductas saludables

Si usted y su familia son miembros de *Tufts Health Direct*, usted puede ganar estas recompensas por recibir servicios que le ayudan a mantener la salud.

Después de completar una conducta saludable, use estos pasos para solicitar su recompensa:

1. Asegúrese de que usted es miembro de *Tufts Health Direct* cuando recibe los servicios.
2. Llene la sección Información del Miembro en el formulario de la página siguiente.
 - Si llena el formulario en nombre de un niño, use el nombre y el número de identificación de miembro de Tufts Health Plan del niño.
 - Llene un formulario para cada miembro.
3. Pídale a su proveedor primario de cuidados médicos (PCP por sus siglas en inglés) o especialista que llene la sección Información del Proveedor, marque el servicio que recibió, ponga la fecha y firme el formulario.
4. Envíenos el formulario completado por correo o por fax.

Las EXTRAS pueden cambiar. Por favor, visite tuftshealthplan.com/DirectExtras para obtener las EXTRAS y la información sobre la elegibilidad más actualizadas.

Conducta saludable	Miembros elegibles	Recompensa
Reconocimiento anual Los miembros pueden recibir una pulsera para monitorear la actividad física durante su membresía. Pueden ganar una tarjeta de regalo del supermercado de \$25 por completar un reconocimiento anual todos los otros años.	Miembros	Pulsera para monitorear la actividad física O tarjeta de regalo del supermercado de \$25
Evaluaciones de la diabetes Completó cinco evaluaciones de la diabetes de rutina en un año calendario: Un examen de la vista, dos mediciones del azúcar en la sangre (HbA1c), un análisis de la proteína y uno del colesterol (LDL por sus siglas en inglés)	Los que tienen diabetes	Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25



Fecha de hoy ___/___/___

Información del Miembro

Nombre _____
N.º de ident. de miembro de Tufts Health Plan _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____
C.P. _____
Teléfono _____ - _____ - _____ Dirección electrónica _____

Proveedor primario/especialista (a ser llenado por el proveedor)

Nombre _____
N.º de ident. del proveedor (si corresponde) _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____
C.P. _____
Teléfono _____ - _____ - _____ Dirección electrónica _____

**El proveedor primario/especialista debe llenar y firmar donde se indica más abajo.
PCP/Specialist to fill out and sign where noted below.**

Healthy Service Received	Date of Service
<input type="checkbox"/> Yearly checkup <input type="checkbox"/> Fitness band (<i>can only request one per membership</i>) <input type="checkbox"/> \$25 supermarket gift card	___/___/___
<input type="checkbox"/> Diabetes screenings	___/___/___

PCP/Specialist:

_____ Date ___/___/___

Print Name _____

Miembros, por favor envíe este formulario a:

Tufts Health Plan
Attention: Claims Department
P.O. Box 9194
Watertown, MA 02471-9194
O por fax a: 857.304.6307

¿Preguntas? Llámenos al 888.257.1958
Lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.