

### 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](http://tuftshealthplan.com/directextras) para obtener las EXTRAS y la información sobre la elegibilidad más actualizadas.*

<b>Conducta saludable</b>	<b>Miembros elegibles</b>	<b>Recompensa</b>
<b>Reconocimiento anual</b> 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 <b>O</b> tarjeta de regalo del supermercado de \$25
<b>Evaluaciones de la diabetes</b> 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.

Table with 2 columns: Healthy Service Received, Date of Service. Rows include Yearly checkup, Fitness band, \$25 supermarket gift card, and 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.