

Gane recompensas por conductas saludables

Si usted y su familia son miembros de Tufts Health Together (MassHealth), 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 Together (MassHealth) cuando recibe los servicios.
2. Llene la sección Información del Miembro del formulario en la página 3.
 - 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), especialista o miembro del personal del programa Women, Infants and Children (WIC por sus siglas en inglés) que llene la sección Información del Proveedor en la página 3, marque el servicio que recibió, ponga la fecha y firme el formulario.
4. Envíe por correo o por fax la página 3 a:
Tufts Health Plan
Attention: Claims Department
P.O. Box 9194
Watertown, MA 02471-9194
(Fax) 857.304.6300
5. Si tiene preguntas, llámenos al 888.257.1985 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Comenzaremos a procesar su pedido cuando recibamos el formulario completado firmado por su proveedor. Debería recibir su recompensa 6 a 8 semanas después.

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

Conducta saludable	Miembros elegibles	Recompensa
Vacunaciones y evaluaciones infantiles Complete estas vacunaciones antes del segundo cumpleaños: • 4 DTaP • 3 IPV • 1 Hep A • 3 Hep B • 4 Hib • 2 influenza • 1 varicela • evaluación de plomo en la sangre • 3 Rota • 1 MMR • 4 PCV	Niño, 2 años de edad o menor	Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25
Vacunaciones para adolescentes Complete todas las vacunaciones siguientes antes de cumplir los 13 años: • 1 vacuna antimeningocócica • 1 TDap • programa de 2-dosis o 3-dosis de la vacuna HPV	Niño, 13 años de edad o menor	Tarjeta de regalo para ir al cine de \$10
Reconocimiento anual - niño: Completar un reconocimiento anual	Niño, 3 a 9 años	Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25
Reconocimiento anual - adolescente: Completar un reconocimiento anual	Adolescentes de 10 a 17 años	Tarjeta de regalo para ir al cine de \$10
Reconocimiento anual - adulto: Los miembros adultos de 18 años o más pueden recibir una banda de ejercicios durante su membresía. Pueden ganar una tarjeta de regalo del supermercado de \$25 por completar un reconocimiento anual todos los otros años.	Adulto, 18 años y mayor	Banda de ejercicios O tarjeta de regalo del supermercado de \$25
Visitas al programa WIC Visite el programa WIC dos veces durante el embarazo	Nuevas madres	Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25
Visita posterior al parto Visita al proveedor entre los días 21 y 56 después del parto	Nuevas madres	Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25
Plan de acción para el asma Completa un plan de acción para el asma	Los que tienen asma	Una 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 (a ser llenado por el miembro)

Nombre _____

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

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

C.P. _____

Teléfono _____ - _____ - _____ Dirección electrónica _____

Provider Information (Información del proveedor - a ser llenado por el PCP/Especialista [MD, DO o RN]/miembro del personal de WIC)

Name _____

Provider ID # (if applicable) _____

Address _____

City _____ State _____ ZIP _____

Phone _____ - _____ - _____ Email _____

Servicio recibido	Fecha de servicio
<input type="checkbox"/> Vacunaciones y evaluaciones – niño, 2 años de edad o menor	___/___/___
<input type="checkbox"/> Vacunaciones y evaluaciones – adolescente, 13 años de edad o menor	___/___/___
<input type="checkbox"/> Reconocimiento anual – niño, 3 a 9 años	___/___/___
<input type="checkbox"/> Reconocimiento anual – adolescente, 10 a 17 años	___/___/___
<input type="checkbox"/> Reconocimiento anual - adulto, 18 años y mayor <input type="checkbox"/> Banda de ejercicios (<i>solamente puede solicitar una por membresía</i>) <input type="checkbox"/> Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25	___/___/___
<input type="checkbox"/> Visitas (2) al programa WIC durante el embarazo	___/___/___ & ___/___/___
<input type="checkbox"/> Visita posterior al parto	___/___/___
<input type="checkbox"/> Plan de acción para el asma	___/___/___
<input type="checkbox"/> Evaluaciones de la diabetes	___/___/___

Provider Signature (Firma del Proveedor)

 PCP/Specialist (MD, DO or RN)/WIC Staff Member Signature

 ___/___/___
 Date

Print Name _____