

Gane recompensas por su conducta saludable

Si usted y su familia han sido miembros de *Tufts Health RITogether* durante 90 días, puede ganar recompensas por usar los servicios que lo ayudan a estar saludable.

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

1. Asegúrese de ser miembro de *Tufts Health RITogether* al momento de recibir los servicios.
2. Rellene la sección Información para miembros del formulario de la página siguiente.
 - Si rellena el formulario de un niño, utilice el nombre del niño y el número de identificación de miembro del Plan Tufts Health.
 - Complete (1) formulario para cada miembro.
3. Pida a su profesional de atención primaria (PCP), especialista o miembro del personal del WIC que rellene la sección Información del proveedor, verifique el servicio que ha recibido, ponga la fecha y firme el formulario.
4. Envíenos por correo o por fax el formulario rellenado.

Los EXTRAS podrían cambiar. Consulte nuestro sitio web en tuftshealthplan.com/RITogetherExtras para conocer la información de elegibilidad y los últimos EXTRAS.

Conducta saludable	Miembros elegibles	Recompensas
<p>Vacunas y controles para niños Aplíqueles estas vacunas antes de que cumplan dos años: • 4 DTaP • 3 IPV • 1 Hep A • 3 Hep B • 4 Hib • 2 gripe • 1 varicela • control de plomo en sangre • 3 rotavirus • 1 MMR • 4 PCV</p>	Niños menores de 2 años	Tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados
<p>Control anual infantil: hacer un control anual</p>	Niños de 3 a 9 años	Tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados
<p>Control anual para adolescentes: hacer un control anual</p>	Adolescentes de 10 a 17 años	Tarjeta de regalo de \$10 para compras en grandes almacenes o iTunes
<p>Control anual para adultos Los adultos mayores de 18 años pueden recibir una pulsera de actividad física durante su membresía. Pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados por someterse a un control anual los otros años.</p>	Adulto, mayor de 18 años	Pulsera de actividad física O Tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados

Visitas del programa mujeres, bebés y niños (WIC) Haga dos visitas al programa WIC durante el embarazo.	Madres primerizas	Tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados
Visita de posparto Visite al proveedor dentro de los 21 y 56 días después del parto.	Madres primerizas	Tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados
Plan de acción contra el asma Complete un plan de acción contra el asma.	Personas con asma	Tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados
Controles de la diabetes Complete 5 controles de la diabetes dentro de 1 año natural: 1 examen de la vista, 2 exámenes de azúcar en la sangre (HbA1c), 1 examen de proteínas y 1 examen de colesterol (LDL).	Personas con diabetes	Tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados

Comenzaremos a procesar su solicitud después de recibir el formulario firmado por su proveedor. Debería recibir su recompensa de 6 a 8 semanas más tarde.

Fecha de hoy ___/___/___

Información del miembro (a rellenar por el miembro, el padre o el tutor legal)

Nombre _____
 N.º de identificación de miembro del Plan Tufts Health _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Estado _____ CP _____
 Teléfono _____ - _____ - _____ Correo electrónico _____

Información del proveedor (a rellenar por el PCP/Especialista [MD, DO o RN] o miembro del personal de WIC)

Nombre _____ N.º de ID del proveedor (si corresponde) _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____
 CP _____
 Teléfono _____ - _____ - _____ Correo electrónico _____

Servicio saludable recibido	Fecha del servicio
<input type="checkbox"/> Vacunas y controles para niños de 0 a 2 años	___/___/___
<input type="checkbox"/> Control anual para niños de 3 a 9 años	___/___/___
<input type="checkbox"/> Control anual para adolescentes de 10 a 17 años	___/___/___
<input type="checkbox"/> Control anual para adultos mayores de 18 años <input type="checkbox"/> Pulsera de actividad física (<i>solo se puede solicitar una [1] por membresía</i>) <input type="checkbox"/> Tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados	___/___/___
<input type="checkbox"/> Visitas del WIC: dos (2) durante el embarazo	___/___/___ y ___/___/___
<input type="checkbox"/> Visita de posparto	___/___/___
<input type="checkbox"/> Plan de acción contra el asma	___/___/___
<input type="checkbox"/> Controles de la diabetes	___/___/___

Firma del proveedor:

_____ /___/___
 Fecha y firma del PCP/Especialista (MD, DO o RN)/miembro del personal del WIC

Nombre en letra de imprenta

Los miembros deben enviar esta página por correo a:

Tufts Health Plan
 Attn: Claims Department
 P.O. Box 9194
 Watertown, MA 02471-9194
O envíenos un fax a: 857.304.6400

¿Tiene preguntas?
Llámenos al 866.738.4116
De lunes a viernes,
de 8 a.m. a 6 p.m.