

**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.
  - 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. Verifique el servicio que recibió y complete la fecha.
4. Envíenos por correo o por fax el siguiente formulario completado a la dirección que se encuentra en la página 2.

Comenzaremos a procesar su pedido cuando recibamos el formulario completado. Debería recibir su recompensa en 6 a 8 semanas.

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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

<b>Servicio recibido</b>	<b>Fecha de servicio</b>
<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"/> 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	___/___/___

*Las EXTRAS pueden cambiar. Por favor, visite [tuftshealthplan.com/TogetherExtras](http://tuftshealthplan.com/TogetherExtras) para obtener las EXTRAS y la información sobre la elegibilidad más actualizadas.*

<b>Conducta saludable</b>	<b>Miembros elegibles</b>	<b>Recompensa</b>
<b>Vacunaciones y evaluaciones infantiles</b> 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
<b>Vacunaciones para adolescentes</b> 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 de tienda departamental de \$10
<b>Reconocimiento anual - niño:</b> Completar un reconocimiento anual	Niño, 3 a 9 años	Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25
<b>Reconocimiento anual - adolescente:</b> Completar un reconocimiento anual	Adolescentes de 10 a 17 años	Tarjeta de regalo de tienda departamental de \$10
<b>Reconocimiento anual - adulto:</b> Completar un reconocimiento anual	Adulto, 18 años y mayor	Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25
<b>Visitas al programa WIC</b> Visite el programa WIC dos veces durante el embarazo	Nuevas madres	Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25
<b>Visita posterior al parto</b> Visita al proveedor entre los días 21 y 56 después del parto	Nuevas madres	Una tarjeta de regalo del supermercado de \$25
<b>Plan de acción para el asma</b> Completa un plan de acción para el asma	Los que tienen asma	Una 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

**Los miembros deben enviar por correo la página 1 de este formulario a:**

Tufts Health Plan  
 Attention: Claims Department  
 P.O. Box 524  
 Canton, MA 02021  
 O par fax a: 857-304-6300

**¿Preguntas? Llámenos al 888-257-1985**  
**Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.**