



a Point32Health company

2026 Tufts Health One Care (D-SNP) Instant Savings card reimbursement form

This form allows Tufts Health One Care members to request reimbursement for covered over-the-counter (OTC) items, groceries and other personal care items that they purchase out-of-pocket instead of using their Instant Savings card. Approved reimbursement amounts will be deducted from the balance on their Instant Savings card for the date and calendar quarter in which covered items were purchased.

Members receive their Instant Savings card upon enrollment in Tufts Health One Care. The Instant Savings card is loaded with \$155 at the start of each calendar quarter (in Jan, Apr, Jul and Oct). The plan allowance can only be used to purchase plan-approved OTC medicines, health-related items, groceries, and personal care items from approved retailers both on-line and in-store. Unused amounts do not roll over to the next calendar quarter.

For a complete list of covered items, go to TuftsHealthPlan.com/MyBenefitsCenter.

If you have any questions about your Instant Savings card, please call Member Services at **1-855-393-3154 (TTY: 711)**, 8 a.m.-8 p.m., 7 days a week (Mon.-Fri. from Apr. 1-Sept. 30).

If a member reimbursement form is being submitted by an authorized representative, please complete and include the *Appointment of Representative (AOR) Form*, or any legal documentation verifying personal representation, with your request. We require verification of the authority of an authorized representative before the request can be processed. You can find the AOR Form on our website at TuftsHealthOneCare.org.

I am completing this form as an authorized representative to the subscriber.

Member information

First name M.I. Last name

Date of birth

Member ID number

Reimbursement information

Items you are requesting reimbursement for

Requested reimbursement amount

\$

Include any additional information on a separate sheet.

Signature

I attest that this information is accurate and complete.

Signature

Date

Instructions

Please include a dated, itemized receipt from a qualifying retailer as proof of payment. Circle the items on the receipt for which reimbursement is being requested. Participating retailers include CVS Pharmacy, Dollar General, Family Dollar, Shaws, Star Market, Stop & Shop, Walgreens and Walmart. For a complete list of participating retailers and locations, visit [TuftsHealthPlan.com/MyBenefitsCenter](https://www.tuftshealthplan.com/MyBenefitsCenter). Select "Locations" at the top of the homepage to search for participating retail locations.



Please mail this completed form to:

Tufts Health Plan

Attn: Member Reimbursement Public Plans

P.O. Box 524

Canton, MA 02021

For more information:

Call Member Services at

1-855-393-3154 (TTY: 711)

8 a.m.–8 p.m., 7 days a week

(Mon.–Fri. from Apr. 1–Sept. 30).



a Point32Health company

2026 Tufts Health One Care (D-SNP) Formulario de reembolso de la tarjeta Instant Savings

Este formulario permite a los miembros de Tufts Health One Care solicitar reembolso por artículos de venta libre (OTC), alimentos y otros artículos de cuidado personal cubiertos que compren de su bolsillo en lugar de usar su tarjeta Instant Savings. Los montos de reembolso aprobados se descuentan del saldo de la tarjeta Instant Savings para la fecha y el trimestre calendario en que se compraron los artículos cubiertos.

Los miembros reciben su tarjeta Instant Savings al inscribirse en Tufts Health One Care. La tarjeta Instant Savings se carga con \$155 al inicio de cada trimestre calendario (en enero, abril, julio y octubre). La asignación del plan solo se puede usar para comprar medicamentos de venta libre (OTC), artículos relacionados con la salud, alimentos y artículos de cuidado personal aprobados por el plan de tiendas participantes, tanto en línea como en tiendas. Los montos que no hayan sido utilizados no se transfieren al siguiente trimestre.

Para obtener una lista completa de los artículos cubiertos, visite TuftsHealthPlan.com/MyBenefitsCenter.

Si tienes alguna pregunta sobre tu tarjeta Instant Savings, llama a Servicios para Miembros al **1-855-393-3154 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre).

Si el formulario de reembolso lo envía un representante autorizado, completa este formulario e incluye el *Formulario de Designación de Representante (AOR)*, o cualquier documento legal que verifique la representación personal junto con tu solicitud. Necesitamos verificar la autoridad del representante autorizado antes de que se pueda procesar la solicitud. El formulario AOR está disponible en nuestro sitio web en: TuftsHealthOneCare.org.

Estoy completando este formulario como representante autorizado del suscriptor.

Información del miembro

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento	Número de identificación de miembro
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Información de reembolso

Artículos por los que solicitas reembolso

Monto solicitado de reembolso

\$

Incluye cualquier información adicional en una hoja aparte.

Firma

Declaro que esta información es precisa y completa.

Firma

Fecha

Instrucciones

Incluye un recibo con fecha y detallado de una tienda participante como prueba de pago. Encierra en un círculo los artículos del recibo por los que solicitas reembolso. Entre las tiendas participantes se encuentran CVS Pharmacy, Dollar General, Family Dollar, Shaws, Star Market, Stop & Shop, Walgreens y Walmart. Para obtener una lista completa de las tiendas y las ubicaciones participantes, visita: [TuftsHealthPlan.com/MyBenefitsCenter](https://www.tuftshealthplan.com/MyBenefitsCenter). Selecciona "Locations" (Ubicaciones) en la parte superior de la página principal para buscar las ubicaciones de tiendas participantes.



Envía por correo este formulario completo a:

Tufts Health Plan

Attn: Member Reimbursement Public Plans

P.O. Box 524

Canton, MA 02021

Para más información:

Llama a Servicios para Miembros al

1-855-393-3154 (TTY: 711)

8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana
(de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de
septiembre).