



Solicitud de reembolso por acondicionamiento físico

ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA CLARA

Para verificar que su plan ofrezca este reembolso, o para obtener más información, ingrese a MyBlue en bluecrossma.org o llame al número del Servicio de Atención al Miembro que aparece en su tarjeta de identificación. Todas las solicitudes de reembolso de acondicionamiento físico deben presentarse antes del 31 de marzo del año siguiente.

Información del suscriptor (Titular de la póliza)

Número de identificación que aparece en la tarjeta de identificación del suscriptor (incluidos los primeros 3 caracteres)	Apellido del suscriptor	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Dirección (número y calle)		Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador				

Información del reclamo

Apellido del miembro	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento: MM/DD/AA
El reclamo es para (elija una opción y colorea toda la casilla):			
<input type="checkbox"/> Suscriptor (titular de la póliza) <input type="checkbox"/> Excónyuge <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____			
<input type="checkbox"/> Cónyuge (del titular de la póliza) <input type="checkbox"/> Dependiente (de hasta 26 años de edad)			
Nombre, dirección y número de teléfono del programa para bajar de peso calificado			
Total de dólares solicitados: \$ _____ por (elija una opción y colorea toda la casilla):			Año calendario
<input type="checkbox"/> Cargos de membresía. Cargo mensual de membresía: \$ _____			
<input type="checkbox"/> Cargos de clases de acondicionamiento físico. Cargo por clase: \$ _____			

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts tomará una decisión relacionada con el reembolso en el plazo de 30 días calendario a partir de la recepción del formulario de solicitud completo. El reembolso se envía a la dirección del miembro que figura en los registros de Blue Cross. El reembolso podría considerarse un ingreso tributable; por lo tanto, consulte a su asesor tributario.

Certificación y autorización (Este formulario debe firmarse y fecharse a continuación).

Certifico que la información suministrada para respaldar esta presentación es correcta y está completa, y que no he solicitado estos servicios con anterioridad. Comprendo que Blue Cross Blue Shield of Massachusetts puede solicitar comprobantes de pago para tomar una decisión relacionada con el reembolso. Autorizo la divulgación de cualquier información sobre mi programa de acondicionamiento físico calificado a Blue Cross Blue Shield of Massachusetts.

Firma del suscriptor o miembro: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Complete este formulario y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts
Local Claims Department
PO Box 986030
Boston, MA 02298

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la orientación sexual o la identidad de género.

ATTENTION: If you don't speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Service at the number on your ID Card (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Telefone para os Serviços aos Membros, através do número no seu cartão ID (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Telefone para os Serviços aos Membros, através do número no seu cartão ID (TTY: 711).