

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Escribe toda la información en letra de imprenta clara. Para verificar que tu plan ofrezca este reembolso, o para obtener más información, puedes ingresar a MyBlue en bluecrossma.org o llamar al número del Servicio de Atención al Miembro que aparece en tu tarjeta de identificación.

Todas las solicitudes de reembolso por acondicionamiento físico deben presentarse antes del 31 de marzo del año siguiente.

Información del miembro (titular de la póliza)

Número de identificación en la tarjeta de identificación del miembro (incluidos los primeros 3 caracteres)	Apellido del miembro	Nombre	Inicial del segundo nombre
---	----------------------	--------	----------------------------

Dirección (número y calle)	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------------	--------	--------	---------------

Nombre del empleador

Información del reclamo

Apellido del miembro	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___
----------------------	--------	----------------------------	--

El reclamo es para (elige una opción y colorea toda la casilla):

- Miembro (titular de la póliza)
- Cónyuge (del titular de la póliza)
- Excónyuge
- Dependiente (hasta los 26 años)
- Otro (especifica): _____

Nombre, dirección y número de teléfono del gasto de acondicionamiento físico calificado

Total de dólares solicitados para el gasto de acondicionamiento físico calificado: \$ _____

Año calendario en que se pagaron los cargos: _____

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, debes consultar a tu 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. Me inscribí en el programa calificado con la intención de usar dicho programa. 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: ___ / ___ / ___

Completa este formulario y envíalo 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 federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en función de 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. Llama a Servicios para Miembros al número que figura en tu tarjeta de identificación (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llama al número de Servicio al Cliente que figura en tu tarjeta de identificación (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).