

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE PÉRDIDA DE PESO

Escribe toda la información en letra de imprenta clara. Para verificar que tu plan ofrezca este reembolso, o para obtener más información, ingresa a MyBlue en bluecrossma.com/myblue o llama al número del Servicio de Atención al Miembro que aparece en tu tarjeta de identificación.

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

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

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 programa de acondicionamiento físico o pérdida de peso calificado

Total de dólares solicitados: \$ _____ por (elige una opción y colorea toda la casilla):

Cargos de membresía o participación. Cargo mensual: \$ _____

Cargos de la clase. Cargo por clase: \$ _____

Cargos por año pagados: _____

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, consulta 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: ___ / ___ / ___

Información importante:

- Se puede otorgar el reembolso por participar en un programa de acondicionamiento físico y pérdida de peso a cualquier miembro individual o combinación de miembros inscritos en el mismo plan de salud de Blue Cross. Blue Cross tomará una decisión relacionada con el reembolso en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud completa.
- Las solicitudes de reembolso deben presentarse antes del 31 de marzo del año siguiente.
- Conserva copias de los comprobantes de pago en caso de que los solicitemos. Los comprobantes de pago incluyen:
 - Recibos (efectivo/cheque/crédito/electrónicos) por cargos de membresía, participación o clases que documenten de manera clara tu nombre, el nombre del programa calificado y los montos individuales cobrados con la fecha en que se pagaron.
 - La membresía o el acuerdo de participación en tu programa de pérdida de peso que documente de manera clara tu nombre y la fecha de inscripción/participación.
- El reembolso podría considerarse un ingreso tributable; por lo tanto, consulta a un asesor tributario.

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes 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. Call Member Service at the number on your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su 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).