

Reembolso por programa para bajar de peso

Su recompensa por la salud



Obtenga un reembolso cada año por participar en un programa calificado para bajar de peso.

Calificado para el reembolso por programa para bajar de peso:

Blue Cross le dará un reembolso de **hasta tres meses por cargos de participación** para lo siguiente:

- Programas hospitalarios y Weight Watchers® en persona.
- **A partir de 2019:** Weight Watchers en línea y otros programas no hospitalarios (en persona o en línea) que combinen sesiones de alimentación saludable, ejercicios y asesoramiento con profesionales de la salud certificados como nutricionistas, dietistas registrados o fisiólogos del ejercicio. Nota: Las solicitudes de reembolso para los nuevos programas de 2019 deben presentarse *después* de que entren en vigencia sus beneficios de salud para 2019.

No calificado para el reembolso por programa para bajar de peso:

- Cargos únicos de inicio o finalización.
- Alimentos, suplementos, libros, balanzas o equipamiento para hacer ejercicio.
- Sesiones de asesoramiento nutricional individuales, visitas al médico/enfermera, análisis de laboratorio u otros servicios que sean beneficios cubiertos en virtud de su plan médico.

Obtenga un reembolso en tres sencillos pasos¹



1. Elija

Comience por elegir un programa calificado para bajar de peso.



2. Complete

Una vez que pague el programa, complete el formulario adjunto.



3. Envíe por correo

Envíe por correo el formulario completado a la dirección que se indica.

Información importante:

- Se puede otorgar el reembolso por programa para bajar 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.
- Conserve 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 participación que documenten de manera clara su nombre, el nombre del programa para bajar de peso y los montos individuales cobrados con la fecha en que se pagaron.
 - » La membresía o el acuerdo de participación en su programa para bajar de peso que documente de manera clara su nombre y la fecha de inscripción/participación.
- Su reembolso podría considerarse un ingreso tributable; por lo tanto, consulte a un asesor tributario.

Asegúrese de consultar a su médico antes de comenzar cualquier programa para bajar de peso.

1. Para verificar que su plan ofrezca este reembolso, o para obtener más información, ingrese a MyBlue en bluecrossma.com/myblue o llame al número del Servicio de Atención al Miembro que aparece en su tarjeta de identificación. La mayoría de los planes ofrecen el reembolso indicado, pero consulte la información de su plan para obtener detalles específicos.



MASSACHUSETTS

Solicitud de reembolso por programa para bajar de peso

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.com/myblue 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 tres 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 suscriptor	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento: MM/DD/AA
Sexo (coloree toda la casilla): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	El reclamo es para (elija una opción y coloree 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: \$ _____			Año calendario
Cargo de participación mensual del programa: \$ _____			

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 miembro o suscriptor: _____ 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: 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).

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. © Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.

© Registered Marks are the property of their respective owners. © 2018 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc., and Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc.