

# Formulario de reembolso por acondicionamiento físico<sup>1</sup>

Para verificar que este reembolso está dentro de tu plan, ingresa a la Central de Miembros en [www.bluecrossma.com/membercentral](http://www.bluecrossma.com/membercentral) o llama al número de Servicio de Atención al Miembro que figura en tu tarjeta de identificación. Presenta este formulario una vez por año calendario, antes del 31 de marzo del siguiente año.

## ESCRIBE TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA CLARA

### Información del suscriptor (Titular de la póliza)

Número de identificación (incluidas las primeras 3 letras)    Apellido del suscriptor    Primer nombre    Inicial del segundo nombre

Dirección: Número y calle    Ciudad    Estado    Código postal

Nombre del empleador

### Información del miembro y de reclamación

Apellido del miembro    Primer nombre    Inicial del segundo nombre    Fecha de nacimiento: Mes    Día    Año

Dirección postal: Número y calle (si es distinta de la del suscriptor)    Ciudad    Estado    Código postal

Sexo

Masculino

Femenino

La reclamación es para (marca una opción):

Suscriptor (titular de la póliza)

Excónyuge

Otro (especifica) \_\_\_\_\_

Cónyuge (del titular de la póliza)

Dependiente (26 años de edad o menor)

Nombre, dirección y número de teléfono del gimnasio que reúne los requisitos

Se me adeuda \$ \_\_\_\_\_ por el siguiente reembolso (marca una opción):

Membresía en un gimnasio que reúne los requisitos. Mi tarifa mensual es de \$ \_\_\_\_\_.

Clases de acondicionamiento físico en un gimnasio que reúne los requisitos.

Mi tarifa por clase es de \$ \_\_\_\_\_.

Año del plan médico

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

Autorizo la revelación de cualquier información sobre mi membresía en el gimnasio a Blue Cross Blue Shield of Massachusetts. Certifico que la información suministrada para respaldar esta presentación es completa y correcta, y que no he solicitado estos servicios con anterioridad. Comprendo que Blue Cross puede requerir evidencia adicional de la membresía del gimnasio y una prueba de pago de mi membresía antes de que se proporcione el reembolso.

Firma del miembro

o suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ¿Tienes preguntas?

Para verificar que este reembolso está dentro de tu plan o para obtener más información, ingresa en el sitio web de la Central de Miembros en [www.bluecrossma.com/membercentral](http://www.bluecrossma.com/membercentral) o llama al número de Servicio de Atención al Miembro que figura en el frente de tu tarjeta de identificación.

### Completa y envía por correo este formulario a:

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

