

Formulario de reembolso por programa para bajar de peso¹

Para verificar que este reembolso está dentro de tu plan, ingresa a la Central de Miembros en 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 que tengas recibos de pago de un programa para bajar de peso que reúna los requisitos, 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	La reclamación es para (marca una opción):		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Suscriptor (titular de la póliza)	<input type="checkbox"/> Excónyuge	<input type="checkbox"/> Otro (especifica) _____
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Cónyuge (del titular de la póliza)	<input type="checkbox"/> Dependiente (26 años de edad o menor)	
Información requerida sobre la clase o el programa: Adjunta fotocopias de 8.5" x 11" de los recibos de pago de tu programa para bajar de peso que reúna los requisitos. Los recibos deben exhibir el nombre del miembro de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, el nombre o logotipo del programa, el importe abonado por la sesión o las sesiones y la(s) fecha(s) abonada(s). Para los programas Weight Watchers que reúnan los requisitos, es necesario presentar una fotocopia de tu programa Libro de Suscripción que exhiba esta información.			
Nombre y dirección de clase o programa			Año del plan médico

Monto total presentado: \$ _____

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

Autorizo la revelación de cualquier información sobre mi programa para bajar de peso a Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc. Certifico que la información suministrada para respaldar esta presentación es completa y correcta, y que no he solicitado estos servicios con anterioridad.

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 o llama al número de Servicio de Atención al Miembro que figura en el frente de tu tarjeta de identificación.

1. Blue Cross tomará una decisión sobre el reembolso dentro de los 30 días calendario de recibida una solicitud completa de cobertura o pago.

Completa y envía por correo este formulario (incluidas las fotocopias de los recibos de pago) a:

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

