

Formulario de reembolso por acondicionamiento físico¹

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 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 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

