

# Tufts Health Direct

Formulario de reembolso de beneficios cubiertos:  
Centros de acondicionamiento físico



## RECOMPENSA PARA USTED MISMO POR MANTENERSE EN FORMA

¡Reciba hasta tres meses de cuotas para el centro de acondicionamiento físico para salir y mantenerse activo!

## REEMBOLSO DE CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Cubrimos tres meses de tarifas del centro de acondicionamiento físico después de que ha sido miembro de Tufts Health Direct durante cuatro meses consecutivos.

**El reembolso del centro de acondicionamiento físico debe cumplir con los siguientes criterios para el reembolso:**

- ① Este reembolso solo cubre las cuotas de membresía de un centro de acondicionamiento físico estándar. Un centro de acondicionamiento físico estándar ofrece máquinas para entrenamiento de cardio y fortalecimiento y otros programas para mejorar la condición física. Los centros de acondicionamiento físico estándar incluyen, entre otros, Planet Fitness, Boston Sports Club, YMCA, Crunch Fitness, etc.
- ② Este reembolso no cubre ninguna tarifa para centros de acondicionamiento físico de lujo, country clubs, clubes sociales, clubes de tenis, centros de gimnasia, centros de artes marciales, estudios independientes de yoga o Pilates, centros de aeróbicos o de piscina, entrenadores personales, entrenadores deportivos o compra de máquinas de ejercicios personales o en el hogar. Los centros de acondicionamiento físico de lujo incluyen, entre otros, Equinox, Lifetime Athletics, Healthworks, etc.

## SOLICITAR REEMBOLSO EN PLANES INDIVIDUALES VS. PLANES FAMILIARES

Los suscriptores del plan individual pueden enviar un formulario de reembolso, con los recibos detallados adjuntos, una vez por año de beneficios. Solo reembolsaremos las tarifas de membresía de un centro de acondicionamiento físico de nivel individual. **El reembolso se pagará al suscriptor del plan individual.**

Los suscriptores del plan familiar pueden enviar un formulario de reembolso, con los recibos detallados adjuntos, una vez por familia por año de beneficios. Solo el suscriptor puede solicitar este reembolso en nombre de la familia o las personas en el plan familiar. Reembolsaremos una vez por año de beneficios las tarifas de membresía de un centro de acondicionamiento físico de nivel familiar o individual. **El reembolso se pagará al suscriptor del plan familiar.**

Envíe su formulario de reembolso ▶

# Tufts Health Direct

## Formulario de reembolso de beneficios cubiertos: Centros de acondicionamiento físico

Debe completar todos los campos. Sírvase escribir claramente con letra de imprenta. Conserve una copia de todos los recibos y documentos para su registro. Asegúrese de firmar el formulario.

Para calificar para el reembolso de centro de acondicionamiento físico, debe completar cuatro meses consecutivos de membresía con Tufts Health Direct.

Tendrá 24 meses a partir de la fecha en que pagó las tarifas de su centro de acondicionamiento físico para presentar su solicitud de reembolso de centro de acondicionamiento físico. El reembolso se paga al suscriptor de Tufts Health Plan después de pagar los costos del centro de acondicionamiento físico. Generalmente procesamos los reembolsos dentro de las 6 a 8 semanas posteriores a la recepción.

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/SUSCRIPTOR

#### ▶ Información del miembro

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de identificación de Tufts Health Plan 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

#### ▶ Información del suscriptor

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Nombre del centro de acondicionamiento físico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE PAGO

Indique cuál de las siguientes formas de comprobante de pago está incluyendo con este formulario:

- Un recibo detallado del centro de acondicionamiento físico que muestre las fechas de membresía y el monto en dólares pagado.
- Una declaración con el membrete del centro de acondicionamiento físico, con una firma autorizada, indicando que se realizó el pago.

### FIRMA OBLIGATORIA:

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Envíe este formulario y toda la documentación a:

Tufts Health Plan  
Attn: Claims Department  
705 Mount Auburn Street  
Watertown, MA 02471-9194

O envíenos un fax a: 857.304.6307

¿Preguntas? Llámenos al **888.257.1985**.