

BENEFICIOS POR REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA



PRÉMIESE POR ESTAR EN FORMA

OBTENGA UN REEMBOLSO DE \$150 O 3 MESES DE MEMBRESÍA

Según su plan y su empleador, puede obtener el reembolso de su membresía en el gimnasio. Los miembros de grupos pequeños (entre 1 y 50 empleados) son elegibles para recibir un máximo de 3 meses de sus cuotas mensuales de membresía por familia, por beneficio.

Los miembros de grupos grandes (más de 50 empleados) son elegibles para recibir hasta \$150 por familia, por año del beneficio, e incluye clases grupales de gimnasia, así como también membresías de gimnasios.

Para ser elegible para este beneficio, es requisito ser miembro de Tufts Health Plan y del gimnasio por un mínimo de cuatro meses.

Sus gastos del gimnasio deben cumplir con las siguientes condiciones para obtener el reembolso:

- 1 El gimnasio debe contar con máquinas para realizar ejercicios cardiovasculares y de fuerza, además de otros programas para mejorar el estado físico. El reembolso *no* incluye centros de artes marciales, centros de gimnasia deportiva, clubes de campo, centros exclusivos de natación, ligas y equipos deportivos, clubes sociales y de tenis, entrenadores personales, entrenadores deportivos o la compra de máquinas personales o para hacer gimnasia en el hogar.
- 2 Si su empresa es un grupo grande (más de 50 empleados), también puede calificar para recibir el reembolso si toma algunas clases grupales de gimnasia. Las clases grupales incluyen, entre otras: Pilates, zumba, yoga, gimnasia aeróbica y kickboxing. Las clases dictadas en casas particulares o las clases de danza no están incluidas.

Debe consultar sus beneficios para verificar si las clases grupales de gimnasia están incluidas en su plan.

Tufts Health Plan cubrirá hasta el monto máximo reembolsable según su plan. Consulte sus beneficios para saber qué tipo de reembolso por actividad física le corresponde.

OBTENGA SU REEMBOLSO CON MAYOR RAPIDEZ

Registre/envíe su formulario de reembolso por Internet en: mytuftshealthplan.com, en la solapa Formularios. O también puede enviar por correo el formulario de reembolso que se encuentra en el reverso.

COMPLETE SU FORMULARIO DE REEMBOLSO 

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DE GIMNASIO PARA MIEMBROS

Todos los campos son obligatorios. Sírvase escribir con letra clara. Conserve una copia de todos los recibos y documentos como comprobante. Recuerde firmar el formulario.

Para poder recibir el reembolso, debe ser miembro de Tufts Health Plan por un mínimo de cuatro meses seguidos **y** miembro del gimnasio por 4 meses.

Después de pagar las cuotas del gimnasio, tendrá un plazo de 24 meses para enviar la solicitud de reembolso de los gastos de gimnasio. El reembolso se paga una vez por familia, una vez por año de beneficio. Se abona al **suscriptor** de Tufts Health Plan luego de que se hayan pagado los costos del gimnasio. Los reembolsos suelen procesarse dentro de las 4 a 6 semanas de haberse recibido la solicitud.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

► Información del miembro

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

N.º de identificación de miembro de Tufts Health Plan

INFORMACIÓN DEL GIMNASIO

Nombre del gimnasio: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Año(s) de membresía en el gimnasio: 1.º año del beneficio: _____ Monto pagado: _____
2.º año del beneficio: _____ Monto pagado: _____

INFORMACIÓN DE LAS CLASES GRUPALES DE GIMNASIA (Consulte sus beneficios para este reembolso)

Nombre de la clase grupal de gimnasia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Año(s) de clases grupales de gimnasia: 1.º año del beneficio: _____ Monto pagado: _____
2.º año del beneficio: _____ Monto pagado: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO

Indique cuál de las siguientes formas de comprobante de pago envía junto con este formulario:

- Un recibo detallado del gimnasio o clase grupal de gimnasia con las fechas de la membresía y los montos pagados
- Un extracto de la tarjeta de crédito o recibo que indica el pago del gimnasio o de las clases grupales de gimnasia
- Una nota del gimnasio o de las clases grupales de gimnasia con el correspondiente membrete y una firma autorizada que deja constancia del pago realizado.

REQUERIMIENTO DE FIRMA

Doy fe de que la información anterior es verdadera y exacta, y de que los servicios se recibieron y pagaron conforme lo requerido, tal como se indicó anteriormente. Entiendo que si cualquiera de los datos incluidos en este formulario es engañoso o fraudulento, mi cobertura puede ser cancelada y puedo sufrir sanciones penales o civiles por falsas afirmaciones relacionadas con la atención de la salud. Asimismo entiendo que Tufts Health Plan puede solicitar otra información que considere necesaria para verificar que se recibieron los servicios y que se realizó el pago correspondiente. Entiendo que el reembolso de gastos de gimnasio puede ser considerado un ingreso gravable.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

SÍRVASE ENVIAR ESTE FORMULARIO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN A:

Tufts Health Plan | Member Reimbursement Claims

PO Box 9191, Watertown, MA 02471-9191

Número de fax: 617-673-0403

No engrape ningún documento a este formulario.

O envíe su formulario por Internet en el sitio

mytuftshealthplan.com, en la solapa Formularios



BENEFICIOS POR REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA-10/18