

Recompénsate a ti mismo por mantenerte en forma

¡Recibe hasta tres meses de tarifas para el centro de acondicionamiento físico por salir y mantenerte activo!

Reembolso de centro de acondicionamiento físico

Después de haber estado inscrito como miembro por cuatro meses consecutivos y participar en un gimnasio o club deportivo que califique durante el Año del Plan en curso, reembolsaremos hasta tres meses de cuotas de membresía, con un reembolso máximo de \$200 por Año del Plan.

El reembolso del centro de acondicionamiento físico debe cumplir con los siguientes criterios para la devolución:

- 1 Este reembolso solo cubre las tarifas 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. Normalmente, los centros de acondicionamiento físico estándar incluyen, entre otros: Planet Fitness, Boston Sports Club, Asociación Cristiana de Hombres Jóvenes (YMCA, por sus siglas en inglés)/YWCA, Centros Comunitarios Judíos (JCC, por sus siglas en inglés)/JCC, Crunch Fitness, etc.
- 2 Este reembolso no cubre ninguna tarifa para clubes campestres, centros de gimnasia, centros de artes marciales, clubes sociales, estudios independientes de yoga o de Pilates, centros solo de tenis o de piscina, entrenadores personales, equipos o ligas deportivas, o compra de máquinas de ejercicios personales o para el hogar. Este reembolso también excluye las cuotas de inscripción.

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 las membresías de un centro de acondicionamiento físico de nivel individual. El reembolso se pagará al suscriptor del plan 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 de las personas en el plan familiar. Reembolsaremos una vez por año de beneficios las cuotas de afiliación a gimnasios individuales o familiares, con un reembolso máximo de \$200, independientemente del nivel de membresía. **El reembolso se pagará al suscriptor del plan familiar.**

Envía tu formulario de reembolso >

Tufts Health Direct

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



a Point32Health company

Debes completar todos los campos. Escribe claramente con letra de imprenta. Conserva una copia de todos los recibos y documentos para tu registro. Asegúrate de firmar el formulario.

Tendrás 24 meses a partir de la fecha en que pagaste las tarifas de tu gimnasio para presentar tu 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

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Información del Centro de Acondicionamiento Físico

Nombre del centro de acondicionamiento físico: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Información de Pago

Indica cuál de las siguientes formas de comprobante de pago estás 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: _____ / _____ / _____

Envía este formulario y toda la documentación a:

Tufts Health Plan
Attn: Claims Department
P.O. Box 524
Canton, MA 02021

O envíanos un fax a: 857-304-6307

¿Tienes alguna pregunta? Llámanos al **888-257-1985**.