

Cobertura de beneficio de acondicionamiento físico

Formulario e instrucciones para miembros de Mass General Brigham ACO

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi beneficio de acondicionamiento físico?

Obtenga detalles sobre su beneficio de acondicionamiento físico. Este beneficio está disponible para usted y hasta cinco de sus familiares cubiertos. Cada persona es elegible para un máximo de \$50 por año. Acceda a la información de su plan y vea los reclamos finalizados en cualquier momento en nuestro portal para miembros en Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org.

¿Cómo solicito el reembolso de mi beneficio de acondicionamiento físico?

Hay dos formas de enviar su formulario de solicitud:

Envío a través de nuestro portal para miembros

La forma más cómoda de solicitar su reembolso es en

Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org.

- Complete su formulario en internet
- Obtenga confirmación de su envío de inmediato

El procesamiento demora entre 15 y 30 días.

Envío por correo

Complete el formulario que se encuentra en la parte de atrás de este folleto y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Mass General Brigham Health Plan

Attention: Claims/Fitness
399 Revolution Drive
Suite 810
Somerville, MA 02145

No recibirá confirmación de su envío.
El procesamiento demora entre 30 y 45 días.

También puede enviar su formulario de solicitud por fax al **617-526-1902**.

Tenga en cuenta lo siguiente:

Debe ser miembro de Mass General Brigham ACO y estar inscrito en un plan con un beneficio de acondicionamiento físico durante el período por el cual solicita el reembolso. Debe estar cubierto por Mass General Brigham Health Plan durante al menos tres meses a fin de ser elegible para su beneficio de acondicionamiento físico.

El plazo límite para solicitar su beneficio de acondicionamiento físico para cada año calendario es el 31 de marzo del año siguiente. Solo puede enviar una solicitud por año calendario.

Entre los gimnasios, programas o actividades que califican se incluyen, entre otros, aquellos que ofrecen actividades cardiovasculares, equipos de entrenamiento de fuerza, actividades aeróbicas, membresías de ClassPass, pilates, yoga, zumba, CrossFit, actividades físicas de Barre, suscripciones virtuales de acondicionamiento físico y mucho más. Visite Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org para ver ejemplos de gimnasios, programas y actividades que califican.

Mass General Brigham Health Plan se reserva el derecho de revisar las solicitudes con fines de determinar la elegibilidad. Si se decide revisar su solicitud, nos comunicaremos con usted y solicitaremos documentación adicional. La revisión tardará 14 días adicionales en procesarse luego de la recepción de la documentación completa.

Formulario de solicitud de cobertura del beneficio de acondicionamiento físico de Mass General Brigham ACO

Información para miembros

_____	_____	_____
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
_____	_____	_____
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO
_____	_____	CÓDIGO POSTAL
_____	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO (se encuentra en la parte de adelante de la tarjeta de identificación)	
NÚMERO DE TELÉFONO		

Información sobre el gimnasio, programa/suscripción o actividad

_____	_____	_____
NOMBRE DEL GIMNASIO/PROGRAMA/SUSCRIPCIÓN/ACTIVIDAD	CIUDAD	ESTADO

Dirección del sitio web de suscripciones virtuales de acondicionamiento físico: _____

Información de pago

¿Qué tipo de membresía tiene? Familiar Individual

Reembolso por año calendario solicitado: _____

Seleccione los meses de participación en un gimnasio, programa/suscripción o actividad calificados:

Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

Monto total pagado por los meses seleccionados anteriormente: _____

¿Paga mensualmente, anualmente o por clase? _____

Certificación/Autorización

El miembro o el tutor del miembro deben firmar y colocar la fecha a continuación. El beneficio de acondicionamiento físico está sujeto a aprobación. Mass General Brigham Health Plan se reserva el derecho de solicitar información adicional.

Seleccione para quién corresponde el reembolso solicitado: MIEMBRO (máximo de \$50) FAMILIAR (\$50 cada uno; máximo de \$250 por familia)*

*En letra de imprenta, escriba el nombre completo de cada miembro que solicita el beneficio de acondicionamiento físico:

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____

A mi leal saber y entender, mis declaraciones en el Formulario de solicitud de cobertura del beneficio de acondicionamiento físico de Mass General Brigham Health Plan están completas y son verdaderas. Reclamo el monto de la cobertura según se indica en este formulario.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR DE MASS GENERAL BRIGHAM HEALTH PLAN

FECHA

[MassGeneralBrighamHealthPlan.org](https://www.massgeneralbrighamhealthplan.org)

Mass General Brigham Health Plan incluye a Mass General Brigham Health Plan, Inc.
y Mass General Brigham Health Insurance Company

14748-0323-00