

iPóngase en forma!
Formulario de reembolso
MassHealth



Como miembro de WellSense MassHealth, su salud es nuestra principal prioridad. Es por eso que ofrecemos reembolsos para membresías en gimnasios y los programas Weight Watchers®. ¡Esto es hasta un valor de \$300!

¿Quién debe presentar este formulario?

- Debe ser miembro de WellSense MassHealth durante al menos 3 meses en un año calendario antes de solicitar el reembolso de Weight Watchers o de un club de acondicionamiento físico (debe ser miembro al mismo tiempo que la compra, suscripción o membresía).
- Los formularios de reembolso vencen antes del 31 de marzo del año siguiente.

Información del miembro (escriba en letra de imprenta con claridad)

El número de identificación de miembro (que se encuentra en su tarjeta de identificación de WellSense)

Apellido del miembro

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Extra(s) del Miembro Solicitado(s)

Reembolso de acondicionamiento físico (Hasta \$200 reembolsados por familia)

- **Clubes de salud que califican:** clubes tradicionales de salud y acondicionamiento físico, Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA, por sus siglas en inglés) o Asociación Cristiana Femenina (YWCA, por sus siglas en inglés), y centros comunitarios judíos.
- **Clubes de salud que no califican:** entrenamiento personal, centros de artes marciales, instalaciones exclusivas para tenis o piscina, instalaciones de gimnasia, clubes campestres o sociales, ligas o equipos deportivos.

Reembolso de Weight Watchers (Hasta \$100 reembolsados por familia)

Para ser completado por el miembro

	Cantidad solicitada	Documentación adicional necesaria
Nombre del gimnasio:		Adjunte copias de 8 ½" x 11" de recibos pagados y fechados, estados de cuenta bancarios/de tarjetas de crédito o talón de cheque de pago y copia de su Acuerdo de Health Club.
Ubicación de Weight Watchers:		Formulario de confirmación de Weight Watchers.

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN (debe firmar este formulario debajo)

Autorizo la divulgación de cualquier información a WellSense Health Plan sobre mi membresía en el club Health/Fitness & Weight Watchers o la compra de un rastreador de salud. Certifico que la información proporcionada en respaldo de esta presentación es completa y correcta y que no he hecho una presentación anterior para estos servicios.

Firma del miembro

Fecha (mm/dd/aaaa)

Doble y envíe este formulario por correo (incluya las copias de los documentos solicitados) a:

WellSense Health Plan
Fitness Reimbursement
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129

Envíe el formulario por fax y documentos requeridos al 617-897-0884

Envíe este formulario por correo electrónico (incluidos los escaneos de los documentos requeridos) a: IncomingMarketingMail@wellsense.org

¡Póngase en forma!
Formulario de reembolso
MassHealth



WellSense Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-566-0012 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 888-566-0010 (TTY: 711).