



MASSACHUSETTS  
**LABORERS' HEALTH &  
WELFARE FUND**

---

## Fitness Reimbursement Form

Please visit the Fund's website at [www.mlbf.org](http://www.mlbf.org) for additional information on what expenses qualify for fitness reimbursement under your plan. Information can be found on the Health & Welfare FAQs page.

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY.

Member Information:

Member Name \_\_\_\_\_ Member ID# \_\_\_\_\_

Member Address \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Claim Information:

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Relationship: Member (self)  Spouse  Ex-Spouse

Name and Address of Qualified fitness Program:

\_\_\_\_\_

Total Reimbursement Requested: \$ \_\_\_\_\_ for (select one):

Membership fees. Monthly membership fee: \$ \_\_\_\_\_ Calendar Year: \_\_\_\_\_

Fitness class fees. Fee per class: \$ \_\_\_\_\_

**Certification and Authorization (this form must be signed and dated below)**

I certify that the information provided in support of this submission is complete and correct and that I have not previously submitted for these services. I understand that MLBF requires proof of payment for a reimbursement decision. I authorize the release of any information about my qualified fitness program to MLBF.

**Subscriber's or Member's Signature:**





MASSACHUSETTS  
**LABORERS' HEALTH &  
WELFARE FUND**


---


Date: \_\_\_\_\_

---

 **PO Box 1501  
1400 District Avenue  
Suite 200  
Burlington, MA 01803**

 **(781) 272-1000  
(800) 342-3792**

 **(781) 238-0703**

 **claims@mlbf.org**

 **mlbf.org**





MASSACHUSETTS  
**LABORERS' HEALTH &  
WELFARE FUND**

## Formulario de Reembolso por Acondicionamiento Físico

Visite el sitio web del fondo en [www.mlbf.org](http://www.mlbf.org) para obtener información adicional sobre los gastos que califican para el reembolso de la aptitud bajo su plan. Puede encontrar información en la página de preguntas frecuentes de Health & Welfare FAQs.

ESCRIBE TODA LA INFORMACION EN LETRA DE IMPRENTA CLARA.

Información del suscriptor:

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

Dirección del miembro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Información de reclamación:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación: Miembro (uno/una)  Cónyuge  Excónyuge

Nombre y dirección del programa/gimnasio que reúne los requisitos:

\_\_\_\_\_

Total del reembolso requerido: \$ \_\_\_\_\_ por (Seleccione uno):

Cargos de membresía. Cuota mensual: \$ \_\_\_\_\_ Tarifa anual: \_\_\_\_\_

Cargos por clase de condicionamiento físico. Tarifa por clase: \$ \_\_\_\_\_

**Certificación y autorización (Este formulario debe firmarse y fecharse a continuación)**

Certifico que la información suministrada para respalda esta presentación es completa y correcta, y que no he solicitado estos servicios con anterioridad. Comprendo que MLBF requiere evidencia de prueba de pago de mi membresía para poder tomar una decisión sobre el reembolso. Autorizo la revelación de cualquier información sobre mi membresía en el gimnasio a MLBF.

Firma del miembro o suscriptor:





MASSACHUSETTS  
**LABORERS' HEALTH &  
WELFARE FUND**


---


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

---

 **PO Box 1501**  
1400 District Avenue  
Suite 200  
Burlington, MA 01803

 **(781) 272-1000**  
**(800) 342-3792**

 **(781) 238-0703**

 **claims@mlbf.org**

 **mlbf.org**

