



MASSACHUSETTS
**LABORERS' HEALTH &
WELFARE FUND**

Fitness Reimbursement Form

Please visit the Fund's website at 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:

_____ Date: _____



MASSACHUSETTS
**LABORERS' HEALTH &
WELFARE FUND**

Formulario de Reembolso por Acondicionamiento Físico

Visite el sitio web del fondo en 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:

_____ Fecha: _____