



MASSACHUSETTS
**LABORERS' HEALTH &
WELFARE FUND**

Formulário de Reembolso de Fitness

O Plano oferece um benefício de reembolso de fitness até \$150.00 por ano civil para cada membro e cônjuge que (1) **tenha realizado um exame físico de rotina** nos 12 meses anteriores à submissão do reembolso e (2) possa fornecer prova suficiente de pelo menos 4 meses de adesão paga num clube de saúde qualificado para o ano civil para o qual o reembolso é solicitado.

Por favor, visite o site do Fundo em <https://www.mlbf.org/health-welfare> para obter informações adicionais sobre quais despesas qualificam para reembolso de fitness no seu plano e outras perguntas frequentes.

POR FAVOR, IMPRIMA TODAS AS INFORMAÇÕES CLARAMENTE.

Informações sobre o Membro:

Nome do Membro _____ ID do Membro # _____

Endereço do Membro _____

Data de Nascimento _____ Número de Telefone _____

Informações sobre a Reclamação:

Nome do Paciente _____ Data de Nascimento _____

Relação: Membro (próprio) Cônjuge

Nome e Morada do Programa de Fitness Qualificado:

Reembolso Total Solicitado: \$ _____ para (selecione um): Ano Civil: _____

Quotas de membro. Quota mensal de membro: \$ _____

Taxas das aulas de fitness. Taxa por aula: \$ _____

Certificação e Autorização (este formulário deve ser assinado e datado abaixo)

Certifico que a informação fornecida em apoio a esta submissão está completa e correta e que não tinha submetido anteriormente para estes serviços. Compreendo que a MLBF exige prova de pagamento para uma decisão de reembolso. Autorizo a divulgação de qualquer informação sobre o meu programa de fitness qualificado à MLBF.

Assinatura do Assinante ou Membro: _____ Data: _____