



MASSACHUSETTS  
**LABORERS' HEALTH &  
WELFARE FUND**

## Formulario de Reembolso de Fitness

El Plan ofrece un beneficio de reembolso por actividades físicas de hasta \$150.00 por año calendario para cada miembro y su cónyuge que (1) hayan realizado un examen físico de rutina dentro de los 12 meses anteriores a la solicitud de reembolso y (2) puedan proporcionar prueba suficiente de al menos 4 meses de membresía pagada en un gimnasio calificado durante el año calendario para el cual se solicita el reembolso.

Por favor, visite el sitio web del Fondo en <https://www.mlb.org/health-welfare> para obtener información adicional sobre los gastos que califican para el reembolso de actividades físicas bajo su plan y otras preguntas frecuentes.

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN CLARAMENTE.

### Información del miembro

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ ID de miembro # \_\_\_\_\_

Dirección del miembro

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

### Información del Reclamo:

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación:  Miembro (propio)  cónyuge

Nombre y dirección del programa de fitness

Reembolso Total Solicitado \$ \_\_\_\_\_ para (seleccione uno):

Año calendario: \_\_\_\_\_

Cuotas de membresía. Cuota mensual de membresía: \$ \_\_\_\_\_

Tarifas de clases de fitness. Tarifa por clase: \$ \_\_\_\_\_

Certificación y Autorización (este formulario debe ser firmado y fechado más abajo)

Certifico que la información proporcionada en apoyo de esta solicitud es completa y correcta y que no he presentado previamente esta documentación para estos servicios. Entiendo que MLBF requiere prueba de pago para tomar una decisión sobre el reembolso. Autorizo la divulgación de cualquier información referente a mi programa de acondicionamiento físico calificado a MLBF.

Firma del Suscriptor o Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_