



MASSACHUSETTS

Solicitud de reembolso por programa para bajar de peso

ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA CLARA

Para verificar que su plan ofrezca este reembolso, o para obtener más información, ingrese a MyBlue en bluecrossma.com/myblue o llame al número del Servicio de Atención al Miembro que aparece en su tarjeta de identificación. Todas las solicitudes de reembolso por programa para bajar de peso deben presentarse antes del 31 de marzo del año siguiente.

Información del suscriptor (Titular de la póliza)

Número de identificación que aparece en la tarjeta de identificación del suscriptor (incluidos los primeros 3 caracteres)	Apellido del suscriptor	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección (número y calle)		Ciudad	Estado
Código postal			
Nombre del empleador			

Información del reclamo

Apellido del miembro	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento: MM/DD/AA
Sexo (coloree toda la casilla): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	El reclamo es para (elija una opción y coloree toda la casilla): <input type="checkbox"/> Suscriptor (titular de la póliza) <input type="checkbox"/> Excónyuge <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Cónyuge (del titular de la póliza) <input type="checkbox"/> Dependiente (de hasta 26 años de edad)		
Nombre, dirección y número de teléfono del programa para bajar de peso calificado			
Total de dólares solicitados: \$ _____			Año calendario
Cargo de participación mensual del programa: \$ _____			

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts tomará una decisión relacionada con el reembolso en el plazo de 30 días calendario a partir de la recepción del formulario de solicitud completo. El reembolso se envía a la dirección del miembro que figura en los registros de Blue Cross. El reembolso podría considerarse un ingreso tributable; por lo tanto, consulte a su asesor tributario.

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

Certifico que la información suministrada para respaldar esta presentación es correcta y está completa, y que no he solicitado estos servicios con anterioridad. Comprendo que Blue Cross Blue Shield of Massachusetts puede solicitar comprobantes de pago para tomar una decisión relacionada con el reembolso. Autorizo la divulgación de cualquier información sobre mi programa para bajar de peso calificado a Blue Cross Blue Shield of Massachusetts.

Firma del suscriptor o miembro: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Complete este formulario y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts
Local Claims Department
PO Box 986030
Boston, MA 02298

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la orientación sexual o la identidad de género.

ATTENTION: If you don't speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Service at the number on your ID Card (TTY: 711).

ATENÇÃO: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Telefone para os Serviços aos Membros, através do número no seu cartão ID (TTY: 711).