

Fitness Reimbursement Form¹

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

Subscriber Information (Policyholder)			
Identification Number (including first 3 letters)	Subscriber's Last Name	First Name	Middle Initial
Address—Number and Street		City	State Zip Code
Employer's Name			
Member and Claim Information			
Member's Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth: Mo. Day Yr.
Mailing Address—Number and Street (if different from subscriber's)		City	State Zip Code
Gender	Claim is for (check one):		
<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Subscriber (policyholder)	<input type="checkbox"/> Ex-Spouse	<input type="checkbox"/> Other (specify) _____
<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Spouse (of policyholder)	<input type="checkbox"/> Dependent (up to age 26)	
Name, Address, and Phone Number of Qualified Health Club			
I am due \$_____ for the following reimbursement (check one):			
<input type="checkbox"/> Membership at a qualified health club. My monthly fee is \$_____			Health Plan Year

Certification and Authorization (This form must be signed and dated below.)

I authorize the release of any information to Blue Cross Blue Shield of Massachusetts about my health club membership. 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 Blue Cross may require additional evidence of health club membership and proof of payment for my membership before reimbursement is provided.

Subscriber's or
Member's Signature: _____ Date: _____

Questions?

To verify this reimbursement is within your plan or for further information, please log onto the MyBlue website at bluecrossma.com/myblue or call the Member Service number on the front of your ID card.

Please complete and mail this form to:
Massachusetts Laborers' Health and Welfare Fund
P.O. Box 1501
1400 District Avenue, Suite 200
Burlington, MA 01803



Formulario de reembolso por acondicionamiento físico¹

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.

ESCRIBE TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA CLARA

Información del suscriptor (titular de la póliza)

Número de identificación (incluidas las primeras 3 letras) Apellido del suscriptor Primer nombre Inicial del segundo nombre

Dirección: Número y calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleador

Información del miembro y de reclamación

Apellido del miembro Primer nombre Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento: Mes Día Año

Dirección postal: Número y calle (si es distinta de la del suscriptor) Ciudad Estado Código postal

Sexo La reclamación es para (marca una opción):
 Masculino Suscriptor (titular de la póliza) Excónyuge Otro (especifica) _____
 Femenino Cónyuge (del titular de la póliza) Dependiente (26 años de edad o menor)

Nombre, dirección y número de teléfono del gimnasio que reúne los requisitos

Se me adeuda \$ _____ por el siguiente reembolso (marca una opción):

Membresía en un gimnasio que reúne los requisitos. Mi tarifa mensual es de \$ _____.

Año del plan médico

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

Autorizo la revelación de cualquier información sobre mi membresía en el gimnasio a Blue Cross Blue Shield of Massachusetts. Certifico que la información suministrada para respaldar esta presentación es completa y correcta, y que no he solicitado estos servicios con anterioridad. Comprendo que Blue Cross puede requerir evidencia adicional de la membresía del gimnasio y una prueba de pago de mi membresía antes de que se proporcione el reembolso.

Firma del miembro

o suscriptor: _____ Fecha: _____

¿Tienes preguntas?

Para verificar que este reembolso está dentro de tu plan o para obtener más información, ingresa en el sitio web de la Central de Miembros en www.bluecrossma.com/membercentral o llama al número de Servicio de Atención al Miembro que figura en el frente de tu tarjeta de identificación.

1. Blue Cross tomará una decisión sobre el reembolso dentro de los 30 días calendario de recibida una solicitud completa de cobertura o pago.

Completa y envía por correo este formulario a:
Massachusetts Laborers' Health and Welfare Fund
P.O. Box 1501
1400 District Avenue, Suite 200
Burlington, MA 01803