

El Neighborhood Health Plan le ofrece un nuevo incentivo para ponerse y permanecer en forma

Reembolso de programa de gimnasio

El Neighborhood Health Plan (NHP) proporcionará \$50 como parte del pago de la afiliación a un gimnasio que cumple con los requisitos para usted y hasta \$300 por familia (todos los miembros de la familia deben ser miembros del NHP para poder obtener el reembolso).

Para cumplir con los requisitos del reembolso

Usted o el miembro de su familia deben ser miembros de MassHealth o de Commonwealth Care cubiertos por el NHP. No todos los tipos de planes del NHP ofrecen un beneficio de reembolso por programas de gimnasios. Llame al Departamento de Servicios a los Miembros del NHP, al 1-800-462-5449 (TTY 1-800-655-1761), si tiene preguntas sobre los beneficios de su plan. El horario de atención del Departamento de Servicios a los Miembros es de lunes a viernes de 8 de la mañana a 6 de la tarde, los jueves de 8 de la mañana a 8 de la noche. También puede visitar nuestro sitio web, www.nhp.org, para obtener más información sobre el Beneficio de Reembolso de Programas de Gimnasios. Los miembros tienen que haber pertenecido a un gimnasio por al menos cuatro meses en un año de calendario y haber sido miembros del NHP durante ese mismo período de tiempo para poder recibir el reembolso.



Medicaid and Commercial

nhp.org



nhp.org

1-800-462-5449
(TTY 1-800-655-1761)

Si recién empieza un programa de capacitación física, no deje de consultar a su médico antes de empezarlo.

¿Preguntas?

Llame al Departamento de Servicios a los Miembros del NHP, al -800-462-5449 (TTY 1-800-655-1761), si tiene preguntas sobre obtener su reembolso de programas de gimnasios que cumplen con los requisitos.

¡Miembros MassHealth y CommCare!
¡Pónganse en forma y ahorren hasta \$300 por año!

Beneficio de gimnasio



nhp.org



Lista de control de reembolso

Para obtener un reembolso de su gimnasio que cumple con los requisitos* envíe lo siguiente al NHP:

- El Formulario de reembolso de programa de gimnasio firmado y fechado (vea a la derecha).
- Un recibo original con la fecha del gimnasio que cumple con los requisitos o copias de sus liquidaciones bancarias o de su tarjeta de crédito si paga por medio de transferencia electrónica de fondos. Los recibos y/o liquidaciones bancarias deben incluir el nombre del suscriptor y los cargos de cada afiliación al gimnasio.
- Una copia del acuerdo o contrato del gimnasio con el nombre y la dirección del gimnasio, el nombre del miembro y las fechas de inicio y finalización del contrato.

Es posible que el NHP requiera más información, como un folleto del gimnasio o el establecimiento. El NHP se pondrá en contacto con usted si requiere más información.

Recuerde guardar copias de sus recibos originales y del formulario de reembolso antes de enviarlos al NHP. El NHP no puede devolverle sus recibos ni copias de contratos, incluso si no acepta reembolsarle su programa.

Envíelo a Neighborhood Health Plan, 253 Summer Street, Boston, MA 02210, Attention: Claims

* Los programas de gimnasios que cumplen con los requisitos son los establecimientos que ofrecen equipos cardiovasculares y de capacitación de fuerza tales como los gimnasios "tradicionales" (se considera que los YMCA y JCC son programas de gimnasios que cumplen con los requisitos). Los establecimientos que no cumplen con los requisitos incluyen clubes de campo y clubes sociales, estudios de artes marciales, spas, centros de gimnástica, instalaciones de tenis, estudios de sólo aerobismo y/o estudios (como Pilates o Yoga), clubes sólo de piscinas, equipos o ligas deportivos y entrenamiento personal.

Formulario del NHP de reembolso de gimnasio

Los miembros MassHealth y Commonwealth Care del NHP cumplen con los requisitos de reembolso de hasta \$50 por miembro una vez por año de calendario. Los pedidos se deben realizar el o antes del 31 de marzo del próximo año de calendario. Los pedidos que se reciben después de esa fecha no cumplen con los requisitos para reembolso.

Información sobre el miembro

APELLIDO DEL MIEMBRO	NOMBRE DEL MIEMBRO	INICIAL DEL MEDIO
<input type="text"/>		
NÚMERO Y CALLE	CIUDAD	ESTADO Y CÓDIGO POSTAL DEL MIEMBRO
<input type="text"/>		
NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO (SITUADO EN EL FRENTE DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL NHP)		NÚMERO DE TELÉFONO DEL MIEMBRO
<input type="text"/>		
TIPO DE PLAN		
<input type="checkbox"/> MassHealth		<input type="checkbox"/> Commonwealth Care

Información sobre el gimnasio

NOMBRE/DIRECCIÓN/TIPO DE ESTABLECIMIENTO	AÑO*	CANTIDAD SOLICITADA
<input type="text"/>		

*TH*EL PERÍODO DE 12 MESES QUE EMPIEZA EL 1° DE ENERO Y TERMINA EL 31 DE DICIEMBRE PARA EL QUE SE SOLICITA EL REEMBOLSO

Certificación/Autorización/Reembolso

El reembolso está sujeto a aprobación del Neighborhood Health Plan. El miembro o el tutor del miembro deben firmar este formulario abajo y ponerle la fecha.

Según mi mejor conocimiento y creencia, mis declaraciones en el Formulario de reembolso son completas y verdaderas. Solo solicito reembolso de gastos que cumplen con los requisitos incurridos durante el año de calendario aplicable y para miembros que cumplen con los requisitos. Certifico que estos gastos no han sido reembolsados anteriormente en este ni en ningún otro año de calendario.

FIRMA DEL MIEMBRO	FECHA
<input type="text"/>	