

**¡Póngase en forma!**  
**Formulario de reembolso**  
MassHealth

---



Como miembro de WellSense MassHealth, su salud es nuestra principal prioridad. Es por eso que ofrecemos reembolsos para membresías en gimnasios y los programas Weight Watchers®. ¡Esto es hasta un valor de \$300!

**¿Quién debe presentar este formulario?**

- Debe ser miembro de WellSense MassHealth durante al menos 3 meses en un año calendario antes de solicitar el reembolso de Weight Watchers o de un club de acondicionamiento físico (debe ser miembro al mismo tiempo que la compra, suscripción o membresía).
- Los formularios de reembolso vencen antes del 31 de marzo del año siguiente. Por favor, espere de 6 a 10 semanas desde el momento en que envíe su solicitud para recibir su reembolso.

**Información del miembro (escriba en letra de imprenta con claridad)**

El número de identificación de miembro (que se encuentra en su tarjeta de identificación de WellSense)

---

Apellido del miembro

---

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

---

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

---

Teléfono

**Extra(s) del Miembro Solicitado(s)**

<input type="checkbox"/>	<p><b>Reembolso de acondicionamiento físico</b> (Hasta \$200 reembolsados por familia)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Clubes de salud que califican:</b> clubs tradicionales de salud y acondicionamiento físico, Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA, por sus siglas en inglés) o Asociación Cristiana Femenina (YWCA, por sus siglas en inglés), y centros comunitarios judíos.</li> <li>• Clubes de salud que no califican: entrenamiento personal, centros de artes marciales, instalaciones exclusivas para tenis o piscina, instalaciones de gimnasia, clubes campestres o sociales, ligas o equipos deportivos.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Reembolso de Weight Watchers</b> (Hasta \$100 reembolsados por familia)</p>

**Para ser completado por el miembro**

	<b>Cantidad solicitada</b>	<b>Documentación adicional necesaria</b>
Nombre del gimnasio:		Adjunte copias de 8 ½" x 11" de recibos pagados y fechados, estados de cuenta bancarios/de tarjetas de crédito o talón de cheque de pago y copia de su Acuerdo de Health Club.
Ubicación de Weight Watchers:		Formulario de confirmación de Weight Watchers.

**CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN** (debe firmar este formulario debajo)

Autorizo la divulgación de cualquier información a WellSense Health Plan sobre mi membresía en el club Health/Fitness & Weight Watchers o la compra de un rastreador de salud. Certifico que la

**¡Póngase en forma!**  
**Formulario de reembolso**  
MassHealth

---



información proporcionada en respaldo de esta presentación es completa y correcta y que no he hecho una presentación anterior para estos servicios.

---

Firma del miembro

Fecha (mm/dd/aaaa)

Doble y envíe este formulario por correo (incluya las copias de los documentos solicitados) a:

WellSense Health Plan  
Fitness Reimbursement  
100 City Square, Suite 200  
Charlestown, MA 02129

Envíe el formulario por fax y documentos requeridos al 617-897-0884

Envíe este formulario por correo electrónico (incluidos los escaneos de los documentos requeridos) a: [IncomingMarketingMail@wellsense.org](mailto:IncomingMarketingMail@wellsense.org)

WellSense Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-566-0012 (TTY: 711).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 888-566-0010 (TTY: 711).