

Formulario de reembolso Programa Sweat Equity de Oxford®

Complete en letra de imprenta

Nombre del miembro: _____ Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Número de ID del miembro de Oxford: _____

Fecha de inicio del programa de seis meses: _____ Fecha de finalización del programa de seis meses: _____

Cómo completar y presentar este formulario

1. Registre las 50 visitas a gimnasios y/o clases a las que haya asistido durante el período de seis meses en el siguiente cuadro. (Registre solo una sesión por día).

- La primera fecha que ingrese en el cuadro será el inicio de su programa de seis meses.
- La última fecha que ingrese en el cuadro debe ser anterior a o coincidir con la última fecha del período de seis meses por el que solicita el reembolso. No incluya visitas a gimnasios o clases después de esta fecha.

Nota: En lugar de ingresar las fechas de sus 50 sesiones de ejercicio, puede adjuntar a este formulario uno de los siguientes documentos:

- Una impresión de sus visitas al gimnasio y/o de las clases completadas que incluya las fechas y el nombre del lugar.
- Recibos que muestren las fechas de sus visitas a gimnasios y/o clases, con el nombre del lugar.

Su documentación debe incluir la firma de un representante del gimnasio o de la persona a cargo de la clase para corroborar su validez.

2. Adjunte un comprobante de pago (p. ej., recibo, deducción salarial, comprobante del débito bancario automático) de la tarifa del gimnasio y de cualquier cantidad que haya pagado por clases de acondicionamiento físico durante el período de seis meses¹.

3. Adjunte una copia del folleto o volante que describe el equipo para ejercicio cardiovascular que usó en el gimnasio o los beneficios cardiovasculares de la clase que tomó.

4. Envíe la documentación a:

Oxford Sweat Equity Reimbursement Program
P.O. Box 29130
Hot Springs, AR 71903

Nota: Estos documentos deben enviarse (y contar con sello postal anterior al vencimiento) en un plazo no mayor de 180 días a partir del último día del período de seis meses por el que solicita el reembolso. **Las solicitudes con sello postal posterior a esta fecha no serán reembolsadas.**

5. ¿Preguntas? Llame al número de teléfono gratuito ("Para miembros") que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID del plan de salud.

Visitas al gimnasio y clases (Registre solo una sesión por día.)

Fecha (mm/dd/aaaa)	Tipo de sesión*	Fecha (mm/dd/aaaa)	Tipo de sesión*	Fecha (mm/dd/aaaa)	Tipo de sesión*
1. (fecha de inicio de los seis meses)	G/C	18.	G/C	35.	G/C
2.	G/C	19.	G/C	36.	G/C
3.	G/C	20.	G/C	37.	G/C
4.	G/C	21.	G/C	38.	G/C
5.	G/C	22.	G/C	39.	G/C
6.	G/C	23.	G/C	40.	G/C
7.	G/C	24.	G/C	41.	G/C
8.	G/C	25.	G/C	42.	G/C
9.	G/C	26.	G/C	43.	G/C
10.	G/C	27.	G/C	44.	G/C
11.	G/C	28.	G/C	45.	G/C
12.	G/C	29.	G/C	46.	G/C
13.	G/C	30.	G/C	47.	G/C
14.	G/C	31.	G/C	48.	G/C
15.	G/C	32.	G/C	49.	G/C
16.	G/C	33.	G/C	50. (fecha de finalización de los seis meses)	G/C
17.	G/C	34.	G/C	* Indique "G" por gimnasio; "C" por clase.	

¹ En su comprobante de pago, asegúrese de tachar cualquier información de ID personal de la cuenta que no sea necesaria de modo que no pueda leerse.

Información del gimnasio

Nombre del gimnasio: _____ Nombre del gimnasio (si se usó un segundo gimnasio): _____
Tipo de gimnasio: _____ Tipo de gimnasio: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Información de la sesión/clase de acondicionamiento físico

Nombres de las clases/sesiones: _____

Información del gimnasio/instructor

Nombre del empleado del gimnasio/instructor de la clase: _____
Firma: _____ Fecha: _____

La firma del instructor o de otro empleado del gimnasio demuestra que el instructor/gimnasio promueve el bienestar cardiovascular de los miembros.

Verificación del miembro

Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información fraudulenta o engañosa puede quedar sujeta a sanciones civiles y penales. En Nueva York, toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para un seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho importante para esto, comete un acto de seguro fraudulento, que representa un delito, y también está sujeto a una multa civil que no excederá los \$5,000 y el valor indicado del reclamo por cada infracción.

Mi firma a continuación confirma que toda la información suministrada en este formulario y adjunta está completa y es verdadera a mi leal saber y entender. Las declaraciones falsas tendrán como resultado la denegación del reembolso.

Firma del miembro de Sweat Equity: _____ Fecha: _____

Exclusiones y limitaciones

- La participación en este programa es totalmente voluntaria y queda a discreción del miembro y de su médico.
- Para este programa, el uso de “usted” y “miembro” en comunicaciones se refiere al suscriptor del plan de Oxford o al cónyuge o pareja de unión libre que tenga cobertura de parte del suscriptor; ningún otro dependiente cubierto cumple los requisitos. El programa no está disponible para todos los suscriptores del plan de Oxford y sus cónyuges o parejas.
- Consulte su Certificado de Cobertura, el Resumen de la Descripción del Plan u otros documentos directivos para miembros a fin de determinar si cumple los requisitos para este reembolso, confirmar el beneficio de su plan y conocer los plazos de solicitud.
- Para cumplir los requisitos para el reembolso en virtud del programa, el gimnasio o las clases que califican que haya elegido deben estar disponibles para el público general, promover el bienestar cardiovascular, según lo determinemos nosotros, y contar con supervisión del personal.
- Debe ser empleado activo al momento de presentar la solicitud de reembolso. Le reembolsaremos solo aquellas visitas o sesiones calificadas que hayan sido completadas mientras era miembro del plan de Oxford. No reembolsaremos las visitas que haya realizado antes de que su cobertura entrara en vigencia o después de la finalización de su cobertura. No se otorgarán reembolsos parciales por menos de 50 sesiones de entrenamiento en un período de seis meses.
- Debe contar con una membresía activa en el gimnasio o la clase mencionados en la solicitud al momento de presentar su solicitud de reembolso.
- No se reembolsarán las membresías en clubes de tenis, clubes “Country Club”, clubes sociales, equipos deportivos, clínicas para perder peso, spas o cualquier otra organización, liga o centro similar. No le reembolsaremos la compra de lecciones, equipo, ropa, vitaminas u otros artículos o servicios que ofrezca el gimnasio. El reembolso se limita a las visitas de reales para hacer ejercicio. No se aplica a terapia de rehabilitación o fisioterapia.
- Las membresías de por vida no cumplen los requisitos para el reembolso.
- Si ha pagado la membresía anual en un gimnasio o la inscripción anual en una clase por adelantado, presente el recibo junto con la documentación necesaria que se indica arriba al finalizar el período de seis meses por el cual solicita reembolso para recibir el reembolso por la mitad de la tarifa anual pagada. Repita este proceso al final del segundo período de seis meses por el que pagó anualmente siempre que haya cumplido con los requisitos para otro reembolso consecutivo.
- Complete un formulario por miembro, por cada período de seis meses por el cual solicita reembolso.
- En caso de que en este formulario haya información faltante, incorrecta o no comprobable, la solicitud de reembolso será demorada o denegada.
- Se mantiene la confidencialidad de cualquier información que recopilamos junto con este programa de acuerdo con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), y dicha información es independiente de los beneficios médicos o la prima del miembro y no los afecta.

Debe consultar a un profesional de impuestos adecuado para determinar si tiene alguna obligación fiscal por recibir un reembolso en virtud de este programa. Use un formulario por suscriptor/cónyuge o pareja de unión libre que tenga cobertura de parte del suscriptor.

Los productos de Oxford HMO están asegurados por Oxford Health Plans (CT), Inc. y Oxford Health Plans (NJ), Inc.

Los productos de seguros de Oxford están asegurados por Oxford Health Insurance, Inc.

MT-1024113SP 10/16 ©2016 Oxford Health Plans LLC. Todos los derechos reservados. MS-16-347-S 16-2207 11657 (NY/NJ/CT)

