



Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro

FORMULARIO DE REINTEGRO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

¡Cómo obtener el reintegro de sus \$25 por acondicionamiento físico!

Como miembro de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO), puede obtener hasta \$ 25 cada mes para su cuota mensual de gimnasio/centro de salud/acondicionamiento físico.

Este beneficio le permite obtener un reembolso mediante las cuotas de membresía de los centros que cumplen los siguientes criterios:

- El gimnasio/club de salud/centro de acondicionamiento físico debe existir principalmente para proporcionar establecimientos, equipos y recursos con el fin de mantener o mejorar la actividad física y la condición física
- El centro debe estar abierto al público y no discriminar
- El centro debe proporcionar la seguridad general de los miembros.

Tenga en cuenta que este beneficio no incluye el reembolso de clases individuales de acondicionamiento físico o una serie de clases, clases de acondicionamiento físico y programas recreativos ofrecidos por instituciones comunitarias y educativas y actividades sociales o recreativas como golf, tenis, baile, paseos comunitarios o servicios de spa.

Para obtener su reembolso, envíenos:

- 1) El Formulario de Reembolso de Acondicionamiento Físico completo que se encuentra al final de esta página (solo una solicitud de miembro por formulario).
- 2) Fotocopias de una de las siguientes:
 - Recibo fechado y pagado con el nombre del centro preimpreso en el recibo y el monto pagado
 - Frente y parte posterior del cheque cancelado emitido al centro
 - Declaración de la tarjeta de crédito que identifica al centro y el monto pagado

Cómo enviar este formulario:

- 1) Puede enviar este formulario con recibos de pago una vez y recibir su reembolso de \$25 por acondicionamiento físico O puede enviar este formulario con recibos pagados varias veces al año.
- 2) Envíe el formulario por correo postal a: Inter Valley Health Plan, Claims Department/Gym, PO Box 6002, Pomona, CA 91769-6002
- 3) Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO) debe recibir los reembolsos no mas tarde del 31 de diciembre del año siguiente.

Recordatorios importantes:

- Usted debe haber sido miembro de Inter Valley Health Plan Service To Seniors durante los meses para los cuales solicita un reembolso por acondicionamiento físico.
- Cubrimos hasta \$25. Si sus cuotas son menos de \$25, usted recibirá un reembolso solamente por el monto que le haya pagado al centro. Si sus cuotas son más de \$25, usted paga la diferencia.



Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro

FORMULARIO DE REINTEGRO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Para agilizar el procesamiento de su reembolso, complete este formulario de reembolso y adjunte la documentación de sus pagos. Sin este formulario y prueba de pago no podemos considerar su solicitud de reembolso. Envíe el correo a Inter Valley Health Plan, Claims Department/Gym, P.O. Box 6002, Pomona, CA 91769-6002.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO: (SOLO CON TINTA NEGRA O AZUL)

Nombre (apellido, primero, inicial del segundo nombre): _____

Dirección: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Fecha de nacimiento: ___/___/_____ [] Hombre [] Mujer Teléfono: _____

N.º de ID como miembro de Inter Valley Health Plan:

									*				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

INFORMACIÓN DEL GIMNASIO/CLUB DE SALUD/CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO:

Nombre del centro: _____

Dirección del centro: _____

INFORMACIÓN DE PAGO:

Indique cuál de las siguientes formas de constancia de pago incluye con este formulario:

- Recibo fechado y pagado con el nombre del centro preimpreso en el recibo y el monto pagado
- Frente y parte posterior del cheque cancelado emitido al centro
- Resumen de la tarjeta de crédito que identifica al centro y el monto pagado

Reembolso **mensual** solicitado \$ _____ (máximo autorizado de \$25 al mes). Permita 30 días para el procesamiento.

- Enero
- Febrero
- Marzo
- Abril
- Mayo
- Junio
- Julio
- Agosto
- Septiembre
- Octubre
- Noviembre
- Diciembre

El reembolso puede enviarse mensualmente, trimestralmente o al final del año calendario. Pero debe enviarse a más tardar el 31 de diciembre DEL SIGUIENTE AÑO.

SE REQUIERE FIRMA:

Atestigo que la información anterior es verdadera y precisa, y los servicios fueron recibidos y pagados en la cantidad solicitada como se indica arriba. Reconozco que si cualquier información en este formulario es engañosa o fraudulenta, mi cobertura puede ser cancelada y puedo estar sujeto a penalidades criminales y/o civiles por reclamaciones de atención médica falsas. También entiendo que Inter Valley Health Plan puede solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para verificar que los servicios fueron recibidos y el pago fue hecho. Si en cualquier momento durante el año usted cancela su membresía de gimnasio/club de salud, usted acepta ponerse en contacto con el Plan.

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Si tiene preguntas, llame a nuestro Equipo de Cuidados para Miembros al 800-251-8191. Comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros desde el 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Comuníquese con nosotros del 1 de abril al 30 de septiembre. de lunes a viernes de 8:00am a 8:00 p.m. Nota Estamos cerrados la mayoría de los feriados federales. Cuando estemos fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Devolveremos los mensajes al cabo de 1 día hábil.

Contamos con servicios de intérprete gratis para contestar cualquier pregunta que usted tenga acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para servicios de intérprete, solo llámenos al 1-800-251-8191 (TTY/TDD 711). Este es un servicio gratuito. Inter Valley Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-251-8191 (711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito. Inter Valley Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電1-800-251-8191 (711)。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。Inter Valley Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-800-251-8191 (711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。Inter Valley Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1- 800-251-8191 (TTY/TDD: 711). 鬧雷：흔범퀵賈痰런體櫓匡，퀵옴 鹿출費獲단語喇賭燎曷務。請鈴電 Call 1-800-251-8191 (TTY/TDD: 711).