

## SOLICITUD DE REEMBOLSO PROGRAMA MCS BALANCE

Para completar el formulario, por favor, lea las instrucciones.

### SECCIÓN A - INFORMACIÓN DEL ASEGURADO O DEPENDIENTE

Núm. de contrato:	Nombre del asegurado o dependiente:	Inicial:	Apellidos del asegurado o dependiente:
Dirección postal (Urb. # de Calle, Apartado Postal, Ciudad, País, Código Postal):		Número de grupo:	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ mes      día      año
Número de teléfono de residencia:	Número de fax:	Número de teléfono alterno:	
Nombre del gimnasio:	Número de teléfono de gimnasio:	Membresía por contrato: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contrato prepagado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Paga el gimnasio a través de un débito directo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Frecuencia de pagos según su membresía de gimnasio: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		

### SECCIÓN B - AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO O DEPENDIENTE

Certifico que la información ofrecida en este formulario es correcta y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

### SECCIÓN C - INFORMACIÓN PARA USO INTERNO EN MCS

Código de servicio: <b>S9970</b>	DX: <b>Z02.9</b>	POS: <b>99</b>	Proveedor: <b>2999GY</b>	Fecha de servicio: <b>Fecha de pago de membresía</b>
-------------------------------------	---------------------	-------------------	-----------------------------	---

### INSTRUCCIONES

#### I. POR FAVOR, LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Utilice este formulario para solicitar reembolso por membresía o gastos pagados de gimnasio que este aprobado por el Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico. El límite de su beneficio de reembolso será de acuerdo a lo estipulado en su póliza.

Es requisito completar su Evaluación de Salud "Health Risk Assessment" (HRA, por sus siglas en inglés), en el centro de MCS Care Clubs de su conveniencia o a través de su médico primario. \*Este requisito no aplica para los empleados de MCS. No obstante, pueden realizarse su HRA en el Care Center.

El asegurado deberá incluir junto a este formulario la evidencia de haber completado su Evaluación de Salud "HRA" (esto no aplica para los empleados de MCS). El centro de MCS Care Clubs y el médico primario, deberán entregar al asegurado copia de la Evaluación de Salud "HRA".

Para solicitar un reembolso deberá completar este formulario dentro de los ciento ochenta (180) días a partir del pago al gimnasio. \*Solo se reembolsarán pagos por servicios de meses pagados y consumidos en la membresía del gimnasio, mientras la póliza haya estado en vigor. No se reembolsarán meses por adelantado.

El reembolso aplica para cada asegurado o dependiente dentro de la póliza de salud que esté suscrito al gimnasio y tenga dieciocho (18) años o más. Si usted reclama gastos para más de un miembro de su familia, por favor, complete un formulario de reembolso por cada miembro. Además, debe proveer evidencia de pago a nombre de cada dependiente inscrito en el gimnasio.

Incluya el recibo oficial del gimnasio que certifique el pago, en la frecuencia arriba indicada, de cualquiera de las siguientes: (a) recibo de pago de acuerdo a la frecuencia de su membresía de gimnasio (b) original o copia del estado de cuenta de banco, que especifique el pago, si usted paga a través de débito directo. Asegúrese de borrar o tachar los números de su cuenta o cualquier otra información personal que no se relacione al pago de la membresía en su gimnasio.

Complete los encasillados del formulario de trámite para reembolso. Incluya los recibos, según se detalló anteriormente, para cada miembro de su familia.

De usted no haber completado su Evaluación de Salud "HRA" dentro del periodo estipulado a partir de la fecha de efectividad de su póliza, no le aplicará el beneficio de reembolso para su inscripción al gimnasio. Los formularios que no contengan la información solicitada, podrían retrasar el procesamiento de su reembolso o ser devueltos. Para detalles adicionales de su cubierta refiérase a su póliza o certificado de beneficios.

Puede enviar formulario por correo a: MCS, PO BOX 9023547 San Juan, PR 00902-3547. También, puede entregarlo personalmente en cualquiera de nuestros Centros de Servicio.

Si tiene alguna pregunta en relación a este formulario, puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787.281.2800 (área metro) o al 1.888.758.1616 (libre de cargos), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

#### II. EXCLUSIONES

No aplica a los siguientes servicios: Entrenador físico individual o grupal, en el gimnasio o a domicilio, y clases grupales independientes.

No aplica a los asegurados menores de dieciocho (18) años de edad.

No aplica a pagos realizados en gimnasio con fecha previa a la efectividad de su cubierta de salud.

No aplica a los asegurados que estén inactivos en su póliza de salud al momento de haber realizado pago de su membresía al gimnasio.

#### III. NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario, una vez completado, contiene información privilegiada y confidencial, por lo que la información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Si usted recibe la misma por equivocación o error, no está autorizado a revisar, divulgar, diseminar, distribuir o fotocopiar la misma. Si recibió esta información por error, favor de notificar inmediatamente al 787.758.2500 para hacer los arreglos de devolución o destrucción de los documentos.

#### IV. AVISO DE FRAUDE

De acuerdo a las disposiciones de la Ley Número 230 del 9 de agosto de 2008, le advertimos que el Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

#### V. USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADAS POR LEY DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

MCS Life Insurance Company tiene el deber y el compromiso de mantener la privacidad y confidencialidad de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) conforme a la Ley Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). MCS Life Insurance Company como administrador del plan puede divulgar PHI sin autorización del asegurado para llevar a cabo funciones relacionadas con su tratamiento, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud.