Formulario de reembolso

Escriba en letra de molde

Información del miembro[1]			
Nombre del miembro:	Apellido del miembro:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	
¿Usted es el suscriptor del plan? (sí/no):	Si respondió que no, ¿cuál es su relación con el suscriptor del plan? (p. ej., cónyuge, pareja de unión libre):		
Nombre del empleador/de la compañía:		Número de grupo:	Número de ID de miembro:
Dirección del miembro:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:

Período de 6 meses del programa Sweat Equity	
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:

Cómo llenar y enviar este formulario

1. **Use 1 formulario por cada miembro. En la tabla siguiente, registre las 50 visitas al centro de acondicionamiento físico o clases que haya realizado en un período de 6 meses. Registre solamente 1 sesión por cada día. En el caso de los menores dependientes que cumplen los requisitos y participan en el programa, el formulario deberá ser llenado por el padre/madre/tutor legal.**
2. **La documentación debe incluir lo siguiente:** Registre las 50 visitas (fechas) al centro de acondicionamiento físico o clases que haya realizado en un período de 6 meses. Puede enviarnos una o varias impresiones de computadora o recibos de sus visitas, clases y eventos en los que figure el nombre del centro, la clase o el evento y las fechas de participación, o bien puede llenar la información en la tabla que figura a continuación.
   - La primera fecha que escriba en la tabla es la fecha de inicio de su programa de 6 meses
   - Su programa terminará a los 6 meses a partir de tal fecha. No anote actividades después de la fecha de finalización de su programa.
   - Si realiza 50 entrenamientos que califican en menos de 6 meses, no presente su solicitud de reembolso antes. No podemos aceptar las solicitudes de reembolso antes de que hayan pasado 6 meses.
3. **Proporcione las firmas del centro de acondicionamiento físico:** Su documentación debe incluir las firmas de un representante del centro, un administrador de las clases o un coordinador del evento, según corresponda, para comprobar su participación.
4. **Adjunte comprobante de pago:** Comprobante de pago fechado (p. ej., un recibo, una deducción salarial, un resumen de cuenta de la deducción automática de la cuenta bancaria) de la tarifa del centro de acondicionamiento físico, así como lo que usted haya pagado por las clases y los eventos de acondicionamiento físico, durante el período de 6 meses.*
5. **Envíe la documentación por correo a:**
   Oxford Sweat Equity Program
   P.O. Box 31386, Salt Lake City, UT 84131
   Debe enviarnos estos documentos por correo (con matasellos) o enviarlos por Internet en un plazo no mayor de 120 días desde la fecha de finalización de su programa. **Las solicitudes enviadas con sello postal o por Internet después de esta fecha no serán reembolsadas.**

Solicitud electrónica de reembolso

Usted tiene la opción de presentar su solicitud de reembolso del programa Sweat Equity por Internet si no desea enviarla por correo. Para presentar la solicitud por Internet:

- Inicie sesión en **myuhc.com®**
- Haga clic en **“Claims & Accounts” (Reclamos y Cuentas)**
- Haga clic en **“Submit a Claim” (Presentar un Reclamo)**
- En la pestaña **“Medical” (Médico)**, haga clic en **“Start a claim” (Iniciar un reclamo)** y llene la información necesaria

*En su comprobante de pago, recuerde tachar cualquier información de ID de cuenta personal que no se necesite de manera que no sea legible.

continuación

United Healthcare Oxford

Clases, visitas al centro y eventos de acondicionamiento físico
(registre solamente 1 sesión por cada día)

Fecha (mm/dd/yyyy)	Tipo de sesión*	Fecha (mm/dd/yyyy)	Tipo de sesión*
1.		26.	
2.		27.	
3.		28.	
4.		29.	
5.		30.	
6.		31.	
7.		32.	
8.		33.	
9.		34.	
10.		35.	
11.		36.	
12.		37.	
13.		38.	
14.		39.	
15.		40.	
16.		41.	
17.		42.	
18.		43.	
19.		44.	
20.		45.	
21.		46.	
22.		47.	
23.		48.	
24.		49.	
25.		50.	

* Indique “F” para el centro/gimnasio; “C” para las clases, incluidos los eventos organizados en grupo (p. ej., una maratón).

continuación

Información del centro, las sesiones, las clases o los eventos de acondicionamiento físico	
Nombre de la organización:	Nombre de la organización (si se usó una segunda):
Tipo de organización:	Tipo de organización:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad, estado, código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Nombre de los eventos, clases, sesiones en los que usted participó:	

Información del instructor/centro de acondicionamiento físico			
Nombre del empleado del centro/instructor de la clase:		Nombre del empleado del centro/instructor de la clase (si se usó el segundo):	
Firma:	Fecha:	Firma:	Fecha:
La firma anterior del instructor o de otro empleado del centro constituye la aceptación de que el instructor/centro promueve el bienestar cardiovascular de los miembros.			

Verificación del miembro	
Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones civiles y penales. Mi firma a continuación confirma que toda la información que proporcioné en este formulario y que adjunté es completa y verdadera a mi leal saber y entender. Si las declaraciones son falsas, se denegará el reembolso.	
Firma:	Fecha:

Exclusiones y limitaciones

- Sweat Equity es un programa voluntario. La información proporcionada conforme a este programa es para su conocimiento general solamente y no pretende ser un consejo médico ni se debe interpretar como tal. Usted debe consultar a un profesional de cuidado de la salud apropiado antes de comenzar cualquier programa de ejercicios o de determinar lo que podría ser adecuado para usted.
- Para este programa, el uso de “usted” y “miembro” en las comunicaciones se refiere al suscriptor del plan de Oxford, el cónyuge cubierto o la pareja de unión libre cubierta del suscriptor y los dependientes del suscriptor mayores de 13 años de edad que cumplen los requisitos. Para que el cónyuge o la pareja de unión libre y los hijos dependientes del suscriptor cumplan los requisitos para este beneficio, dichas personas también deben estar inscritas en un producto de Oxford. El programa podría no estar disponible para todos los suscriptores de planes de Oxford y sus cónyuges o parejas de unión libre y dependientes. El reembolso generalmente se limita a la cantidad que sea menor de $200 por suscriptor/$100 por cónyuge cubierto o pareja cubierta o dependientes mayores de 13 años cubiertos que cumplen los requisitos, o la cantidad real de los costos de acondicionamiento físico que califican por cada período de 6 meses, pero el reembolso puede variar según el plan. Consulte su Certificado de Cobertura, u otro documento del miembro que esté vigente para determinar si se cumplen los requisitos, incluidos los plazos para presentar la solicitud y los beneficios de su plan.

continuación

- Para cumplir los requisitos para el reembolso en virtud del programa, el centro, la clase o el evento de acondicionamiento físico grupal organizado (p. ej., maratón) que califican y hayan sido elegidos por usted deberán estar disponibles para el público general y promover el bienestar cardiovascular, según lo determinemos nosotros, además de contar con supervisión del personal.
- Debe ser empleado activo al momento de presentar la solicitud de reembolso. Puede presentar una solicitud de reembolso en virtud del programa una vez cada 6 meses (hasta 2 veces en un año del plan). Reembolsaremos solamente el costo de las visitas, las sesiones o los eventos que califican y que se realizaron mientras usted era miembro de Oxford. No reembolsaremos el costo de las visitas, las sesiones ni los eventos que se hayan realizado antes de la fecha de vigencia de su cobertura o después de que esta terminara. No se harán reembolsos parciales por menos de 50 entrenamientos en un período de 6 meses.
- Debe contar con una membresía activa en el centro de acondicionamiento físico 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, equipos, ropa, vitaminas u otros artículos o servicios que podría ofrecer el centro. El reembolso se limita a las visitas reales para hacer ejercicio. La fisioterapia y la terapia de rehabilitación no están incluidas.
- Las membresías de por vida no cumplen los requisitos para el reembolso.
- Si usted pagó una membresía en el centro o una inscripción en las clases para todo el año por adelantado, al final del primer período de 6 meses para el cual usted solicita el reembolso, debe enviar el recibo junto con la documentación requerida indicada anteriormente para que le reembolsen la mitad de la tarifa anual que usted pagó. Repita este proceso al final de su segundo período de 6 meses por el cual usted realizó un pago para todo el año, siempre que haya cumplido los requisitos para recibir otro reembolso consecutivo.
- Llene 1 formulario por cada miembro por cada período de 6 meses para el cual usted solicita el reembolso.
- No podemos aceptar las solicitudes de reembolso antes de la fecha de finalización de su programa de 6 meses, aunque usted haya realizado el número requerido de entrenamientos que califican antes de tal fecha.
- Si en este formulario falta información o la información es incorrecta o no se puede comprobar, la solicitud de reembolso se demorará o denegará.
- Si usted no puede cumplir los requisitos de reembolso de este programa, quizás podría ganar la misma recompensa de una manera diferente. Llámenos al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud y colaboraremos con usted y, si es necesario, con su médico, para buscar otra manera en la que usted pueda ganar la misma recompensa.
- Se mantiene la confidencialidad de toda la información que recopilemos junto con este programa según los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y dicha información es independiente de los beneficios médicos o la prima de un miembro, y no tiene efecto en estos.

Más información

Llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud de Oxford

United Healthcare Oxford

[1] En este formulario, el término “miembro” se refiere al suscriptor de un plan médico de Oxford asegurado por completo, así como al cónyuge cubierto o la pareja de unión libre cubierta del suscriptor y sus dependientes cubiertos mayores de 13 años de edad. A fin de que el cónyuge, la pareja de unión libre o los dependientes cumplan los requisitos para recibir este beneficio, también deben estar inscritos en el producto de Oxford.

El total anual de recompensas por su participación en programas basados en incentivos no puede exceder el 30% del costo de cobertura.

Las recompensas pueden estar sujetas a impuestos. Usted debería consultar a un profesional de impuestos apropiado para determinar si tiene alguna obligación impositiva por recibir reembolsos conforme a este programa.
Los productos de Oxford HMO están asegurados por Oxford Health Plans (CT), Inc.

B2C EI253804452.0-SP-OXF 1/25 © 2025 Oxford Health Plans LLC Todos los derechos reservados. 23-2595300 12246 R6