



Formulario de reembolso

Si se detecta alguna actividad fraudulenta (por ejemplo, una declaración falsa sobre una actividad física), podrían suspenderle o cancelarle el programa. En New York: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de dicha solicitud o declaración, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, y también estará sujeta a sanciones civiles, sin exceder los \$5,000 dólares y el valor indicado del reclamo por cada infracción semejante.

Información del miembro¹ (en letra de imprenta)

Nombre del miembro:	Apellido del miembro:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):
¿Es usted el suscriptor del plan? (sí/no):	Si la respuesta es no, ¿cuál es su relación con el suscriptor del plan? (por ejemplo, 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 presentar este formulario

1. **Use 1 formulario por cada miembro.** En la siguiente tabla, 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 o tutor legal.
2. **La documentación debe incluir lo siguiente:** Un registro de 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 esta 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 (por ejemplo, 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:**
UnitedHealthcare Sweat Equity Program
P.O. Box 740806
Atlanta, GA 30374
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 matasellos o por Internet después de esta fecha no serán reembolsadas.**

Solicitud electrónica de reembolso

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 and Mental Health” (Reclamos Médicos y de Salud Mental), 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.

continúa

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

Fecha (mm/dd/aaaa)	Tipo de sesión*	Fecha (mm/dd/aaaa)	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" si se trata de un centro o gimnasio o "C" si se trata de una clase, incluidos los eventos organizados en grupo (por ejemplo, una maratón).

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 un segundo):		
Firma:	Fecha:	Firma:	Fecha:

La firma anterior del instructor o de otro empleado del centro constituye la aceptación de que el instructor o centro promueve el bienestar cardiovascular de los miembros.

Verificación del miembro

Si se detecta alguna actividad fraudulenta (por ejemplo, una declaración falsa sobre una actividad física), podrían suspenderle o cancelarle el programa. En New York: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de dicha solicitud o declaración, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, y también estará sujeta a sanciones civiles, sin exceder los \$5,000 dólares y el valor indicado del reclamo por cada infracción semejante.

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.
- En este programa, el uso de “usted” y “miembro” en las comunicaciones se refiere al suscriptor del plan de UnitedHealthcare, el cónyuge o la pareja de unión libre que tenga cobertura de parte del suscriptor y a 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 UnitedHealthcare. El programa podría no estar disponible para todos los suscriptores de planes de UnitedHealthcare y sus cónyuges o parejas de unión libre y dependientes. El reembolso generalmente se limita a la cantidad que sea menor de \$200 por cada suscriptor/\$100 por cada cónyuge cubierto o pareja de unión libre cubierta y 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. 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.

- A fin de cumplir los requisitos para recibir un reembolso conforme al programa, el centro, la clase o el evento de acondicionamiento físico organizado en grupo (por ejemplo, una maratón) que califiquen y que usted elija deben estar disponibles para el público en general y promover el bienestar cardiovascular, según lo determinemos, y tener supervisión del personal.
- Usted debe ser un empleado activo en el momento en que presente su 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 UnitedHealthcare. 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.
- Usted debe contar con una membresía activa en las clases o el centro de acondicionamiento físico que se mencionan en la solicitud en el momento de solicitar el reembolso.
- No se reembolsarán las membresías en clubes de tenis, clubes de campo, clubes sociales, equipos deportivos, clínicas de control de peso, spas u otras organizaciones, ligas o centros similares. 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. No se aplica a terapia de rehabilitación ni fisioterapia.
- Las membresías de por vida no cumplen los requisitos para un 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 UnitedHealthcare



¹ En este formulario, el término "miembro" se refiere al suscriptor de un plan médico de UnitedHealthcare® asegurado por completo, así como al cónyuge o la pareja de unión libre que tenga cobertura de parte del suscriptor y a los dependientes cubiertos mayores de 13 años. 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 UnitedHealthcare.

La cantidad 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.

La cobertura de seguro es proporcionada por o a través de UnitedHealthcare Insurance Company o sus compañías afiliadas.

B2C EI253804453.OSP-UHC 1/25 © 2025 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. 25-3794879-C (UHC NY SG (1-100), UHC NY LG (101+), fully insured)