



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE BIENESTAR DE SELECTHEALTH ADVANTAGE® (HMO, HMO-SNP)

Los miembros de SelectHealth Advantage reciben reembolsos de **hasta \$240 por año** por los beneficios de bienestar, como membresías en gimnasios, programas aprobados para bajar de peso, servicios nutricionales y clases de educación para la salud.

COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO POSTAL O FAX, JUNTO CON EL COMPROBANTE DE PAGO, A LA DIRECCIÓN QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

No. de identificación del miembro (se encuentra en su tarjeta de identificación de SelectHealth Advantage)

¿Esta solicitud incluye gastos incurridos por un cónyuge que también es miembro del plan SelectHealth Advantage? Sí No Si es afirmativo, proporcione el nombre y número de identificación de su cónyuge.

Nombre del cónyuge _____ Número de identificación del cónyuge _____

¿Para qué clase de actividad de bienestar es su reembolso?

- Gimnasio o centro de acondicionamiento físico Servicios nutricionales
- Programa de pérdida de peso Educación en salud

Nombre del programa, gimnasio o instructor _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ N.º de teléfono (____) _____

¿En qué fecha pagó por la actividad de bienestar? ____/____/____

¿Cuál es el monto del reembolso solicitado para la actividad de bienestar?

Monto de mi reembolso (hasta \$240 por año) \$ _____

Monto del reembolso de mi cónyuge (hasta \$240 por año) \$ _____

Monto de reembolso total solicitado \$ _____



P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196
Fax: 801-442-0014
selecthealth.org/medicare

POR FAVOR, ESPERE DE DOS A TRES SEMANAS PARA QUE SE PROCESE SU SOLICITUD DE REEMBOLSO.

Los formularios enviados sin la información y comprobante de pago necesarios puede resultar en un retraso en su reembolso o pueden ser devueltos para obtener información adicional.



Entonces, ¿qué piensa?

Háganos saber cómo planea usar su reembolso y cómo este beneficio le ha motivado a mejorar su salud.

Envíenos un correo electrónico que en el asunto diga “My Wellness Reimbursement Story” (Mi historia sobre el reembolso de bienestar), a la dirección memberscomefirst@selecthealth.org.



P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196
855-442-9900 (número gratuito)
TTY: 711

Comuníquese con nosotros

¿Tiene preguntas sobre los beneficios o el reembolso del beneficio de bienestar? Llame gratuitamente a Servicios para Miembros al **855-442-9900** durante las siguientes fechas y horas:

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m.,
sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m.,
sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado
los domingos.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Usted es elegible para el reembolso según la fecha en que realice el pago del gasto. Por ejemplo, si paga por una membresía en gimnasio en diciembre de 2019, esto es elegible para el reembolso del beneficio de 2019 (vea el Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura, para obtener detalles adicionales).

SelectHealth es patrocinador de los planes HMO, HMO-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en SelectHealth Advantage depende de la renovación del contrato.

SelectHealth cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina en cuanto a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-442-9900** (TTY: **711**).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-442-9900** (TTY: **711**)