

## Reembolso de Healthy Rewards Formulario de solicitud

para miembros del Geisinger Health Plan

Envíe un formulario de solicitud de reembolso por miembro.

Envíe un formulario para pedir su reembolso de hasta un máximo de \$100 por persona, sin exceder \$200 por familia por período de beneficios, por completar una evaluación de bienestar y participar en actividades que califiquen (si está pidiendo un reembolso por actividades que completaron familiares, debe enviar un formulario de reembolso para cada miembro). Complete la información solicitada de abajo y devuelva este formulario, junto con un recibo válido a la dirección que está al final de este formulario. Las solicitudes de reembolso deben presentarse dentro del año siguiente al último día del año de beneficios anterior.

Apellido del suscriptor	Primer nombre		
Fecha de nacimiento	Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

**Paso 1: complete la información de la actividad para el reembolso e incluya un recibo.**

**Recordatorio:** Debe completar un formulario por separado para cada familiar. Marque una o más actividades que califiquen e incluya el nombre y el número de identificación del miembro para quien se pide el reembolso. Debe incluir un [recibo válido\\*](#) que muestre las cantidades pagadas por las actividades indicadas. El recibo debe corresponder a las actividades ocurridas dentro del período actual de beneficios. El recibo debe incluir el nombre y la dirección de la empresa u organización junto con la cantidad pagada y la fecha de la actividad. Los cheques pagados con la actividad mencionada en la línea de notas, incluyendo la fecha de la actividad, también se consideran recibos válidos. El reembolso se emite únicamente por las cantidades pagadas. Los contratos de servicios y las hojas de tarifas no se consideran recibos válidos.

Nombre del miembro:	Membresía en un gimnasio
ID de la miembro:	Fecha de nacimiento:

### Membresía en un gimnasio

Membresía individual  Membresía familiar (requiere un formulario de cada miembro que solicita reembolso)

Período de membresía: De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Tipo de membresía:  Anual  Mensual  Otra (especifique): \_\_\_\_\_

## Otras actividades

Actividad para el reembolso	Fecha pagada	Cantidad pagada
Fútbol ("soccer")		
Hockey		
Cuotas de actividades deportivas escolares (relacionadas con la inscripción)		
Lacrosse		
Gimnasia		
Clases de natación/tarifas del equipo		
Tarifas de inscripción/carrera/torneo		
Lecciones (p. ej., golf, baile)		
Baloncesto		
Béisbol/softbol (incluyendo las Pequeñas Ligas)		
Voleibol		
Animación deportiva ("cheerleading")		
Clases de ejercicio (p. ej., aeróbicos, yoga)		
Entrenamiento personal en un gimnasio		
Artes marciales (p. ej., karate, tae kwon do)		
Ciclismo		
Programa de control de peso (registro/cuotas de miembro)		
Tenis		
Fútbol		
Clubes/ligas/campamentos de deportes		

Reembolso total solicitado \$ \_\_\_\_\_

### Actividades no elegibles

Actividades y artículos que **no** califican para reembolso incluyen uniformes, ropa deportiva, calzado y equipo, bicicletas estáticas de interior Peloton®, alimentos y suplementos en general y asociados a programas de control de peso, Weight Watchers®, DVD de fitness, aplicaciones de fitness, clases y eventos virtuales de fitness, equipos de gimnasio/ejercicio, equipos o tarifas de caza y pesca, minigolf, parques de atracciones, entradas a eventos deportivos, bolos, actividades recreativas que incluyen cuota para una ronda de golf, torneos de golf, tarifas de campos de prácticas, boletos para remonte, patinaje sobre hielo, patinaje sobre ruedas, escalada en roca, parques para patinar/bicicletas, piscinas comunitarias y privadas e instalaciones cubiertas de trampolín.

### Certificación de la actividad

Certifico que la información de la actividad es correcta a mi leal saber y entender. Pido el reembolso de las actividades elegibles incurridas durante el período de beneficios aplicable para los miembros elegibles.

Firma del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Paso 2: Verifique la finalización de su evaluación de bienestar

El suscriptor requiere completar una evaluación de bienestar antes de que se emita el reembolso. Inicie sesión en la sección segura para miembros de [geisingerhealthplan.com](https://geisingerhealthplan.com). Una vez que inicie sesión, en la pestaña de “Health and Wellness” (Salud y bienestar) haga clic en “Wellness Assessment” (Evaluación de bienestar). Haga clic en el enlace para completar la evaluación en la experiencia rediseñada e inicie sesión en el Portal de Bienestar. Luego siga las instrucciones para completar su evaluación de bienestar. Asegúrese de firmar abajo la siguiente declaración verificando que completó la evaluación de bienestar.

### Certificación de evaluación de bienestar

Certifico que completé la evaluación de bienestar disponible en [geisingerhealthplan.com](https://geisingerhealthplan.com) en la fecha indicada a continuación durante mi período de beneficios actual junto con un programa de bienestar organizado.

Nota: El suscriptor solo debe completar una evaluación de bienestar por período de beneficios. Si ya completó una evaluación de bienestar durante este período de beneficios, vuelva a firmar en la línea abajo e incluya la fecha original en la que completó su evaluación de bienestar.

Firma del suscriptor:

Fecha de evaluación:

Nota: El reembolso está sujeto a la aprobación de Geisinger Health Plan. Recibirá una Explicación de beneficios (EOB) indicando si su solicitud fue aprobada o denegada. Si se aprueba, recibirá un cheque por correo.

*\*Sus recibos pueden revisarse de forma retroactiva para propósitos de validación. Si, después de la revisión, se determina que su recibo no es válido, o no tenemos ningún registro de que haya completado su evaluación de bienestar, nos reservamos el derecho de reconsiderar los pagos de reembolso anteriores. Espere de cuatro a seis semanas desde su recepción para los reembolsos. Si tiene alguna pregunta sobre su reembolso, comuníquese con nosotros al número de teléfono de la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.*

### Envíe por correo el formulario completo con recibos a:

Geisinger Health Plan  
P.O. Box 160  
Glen Burnie, MD 21060

O, si es empleado de Geisinger, puede enviar el formulario al código interno **32-27**.

El programa de reembolso de Healthy Rewards está disponible para los miembros inscritos en la cobertura médica totalmente asegurada patrocinada por el empleador de Geisinger Health Plan, los planes médicos individuales del Mercado de seguros y algunos grupos autofinanciados por el empleador del administrador externo de Geisinger Health Plan. Los miembros inscritos en Geisinger Gold, Geisinger Health Plan Family (Medicaid) y Geisinger Health Plan Kids (CHIP) no son elegibles.

Geisinger Health Plan puede referirse colectivamente a Geisinger Health Plan, Geisinger Quality Options, Inc. y Geisinger Indemnity Insurance Company, a menos que se indique lo contrario. Servicios prestados por Geisinger Indemnity Insurance Company.

Geisinger Health Plan, Geisinger Quality Options, Inc. y Geisinger Indemnity Insurance Company cumplen las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.