



Today's date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Please complete this form and attach an original receipt so we can pay you back. We keep the information you list below on record. You must be a member at time of purchase and when we process this form. We can't process reimbursements if you don't complete this form. You can use this form for more than one reimbursement. You should get your reimbursement in 4 – 6 weeks.*

**Member information**

Member name \_\_\_\_\_ Member ID # \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Member address \_\_\_\_\_ E-mail address \_\_\_\_\_

Member phone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Member alternate phone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Primary care provider (PCP) information**

PCP name \_\_\_\_\_

PCP address \_\_\_\_\_

**Please check the Network Health EXTRAS you want us to reimburse**

- Acupuncture services (up to \$150 reimbursement per year)
- Weight Watchers (up to \$50 reimbursement per year)
- Gym membership or fitness-related activity (up to \$75 reimbursement per year)

**Network Health should make the check payable to** \_\_\_\_\_

**Please attach  
original receipt(s).**

**Please submit this form to:**  
**Network Health**  
**Attn: Customer Service**  
**101 Station Landing, Fourth Floor**  
**Medford, MA 02155**

**Or fax to: 781-393-3530**

**Questions? Call us at 888-257-1985.**  
**Voltee la hoja para la versión en español.**



**NETWORK HEALTH**

# *Network Health Forward*<sup>®</sup> Formulario de reembolsos

Fecha de hoy \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Por favor, complete este formulario y adjunte un recibo original par que le podamos enviar el reembolso. Guardaremos la información que usted indica a continuación en los archivos. Debe ser miembro en el momento de la compra y cuando procesamos este formulario. No podemos procesar este formulario de reembolsos si no completa este formulario. Puede usar este formulario para recibir más de un reembolso. Recibirá su reembolso en 4 a 6 semanas.*

---

## **Información del miembro**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ N.º de ident. del miembro # \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección del miembro \_\_\_\_\_ Dirección electrónica \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del miembro \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N.º de teléfono alternativo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

## **Información del proveedor primario de cuidados médicos (PCP por sus siglas en inglés)**

Nombre del PCP \_\_\_\_\_

Dirección del PCP \_\_\_\_\_

---

## **Por favor, marque las compras EXTRAS de Network Health que quiere le reembolsemos**

- Servicios de acupuntura (reembolso de hasta \$150 por año)
- Weight Watchers (reembolso de hasta \$50 por año)
- Membresía en un gimnasio o actividad relacionada con los ejercicios físicos (reembolso de hasta \$75 por año)

**Network Health deberá librar un cheque pagadero a** \_\_\_\_\_

**Por favor, adjunte  
los recibos originales.**

**Por favor, envíe este formulario a:**  
Network Health  
Attn: Customer Service  
101 Station Landing, Fourth Floor  
Medford, MA 02155

**O por fax al: 781-393-3530**

**¿Preguntas? Llámenos al 888-257-1985.  
De vuelta la hoja para la versión en español.**