



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA MIEMBROS

Cuándo usar este formulario

- Use este formulario si quiere que le reembolsemos los gastos de atención de la vista que ya haya pagado.
- Sólo use este formulario si visitó un oftalmólogo que NO pertenece a la red de iCare.
- Completar este formulario NO asegura el pago.
- Debe ser elegible en la fecha en que recibió la atención y para los servicios o materiales que recibió. No todos los planes cubren materiales (p. ej., anteojos o lentes de contacto) de proveedores fuera de la red.
- Su plan médico debe cubrir el servicio o los materiales y se le debe permitir obtenerlos de proveedores fuera de la red.

Qué se puede reembolsar

- Exámenes de la vista
- Artículos para la vista (Anteojos o lentes de contacto)
- Sólo se pueden reembolsar los servicios listados en el formulario.

Pasos importantes

- Complete todas las preguntas del formulario.
- Firme el formulario antes de enviarlo.
- Si falta algo en el formulario, es posible que le pidamos más información. Esto podría retrasar su pago.

Qué enviar junto con el formulario

- Un talonario pagado con el nombre del proveedor y la dirección impresos en la parte superior. El talonario debe mostrar:
 - La fecha en que recibió atención
 - Los servicios que recibió (como un examen de la vista o lentes)
 - La cantidad que pagó

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro		Segundo nombre del miembro		Apellido del miembro	
Fecha de nacimiento	Número de identificación del miembro		Nombre del plan médico		
-	-				
Dirección postal			Número de contacto principal	Seleccione el tipo ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	
Ciudad	Estado	Código postal	Número de contacto alternativo	Seleccione el tipo ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

			☐ Seleccione si es el mismo		
Nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
Fecha de nacimiento	Relación				
-	-	☐ Miembro ☐ Cónyuge ☐ Hijo			

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

			☐ Seleccione si es el mismo		
Nombre del proveedor			Dispensador de anteojos		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			Teléfono		

Servicio	Fecha del servicio	Cantidad
1. Examen de la vista	- -	\$
2. Monturas	- -	\$
3. Lentes monofocales	- -	\$
4. Lentes bifocales	- -	\$
5. Lentes trifocales	- -	\$
6. Lentes de contacto	- -	\$
7. Lentes S. V. para cataratas	- -	\$
8. Lentes bifocales para cataratas	- -	\$
9. Lentes de contacto necesarios médicamente	- -	\$
	Total	\$

CERTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

Certifico que la información en este formulario es correcta y autorizo al proveedor a revelar la información necesaria para procesar este reclamo según las disposiciones del plan. Además, he leído y entendido la declaración de fraude de abajo.

Firma del paciente o del miembro autorizado	Fecha

DECLARACIÓN DE FRAUDE: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguro, presente una declaración de reclamo o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave de tercer grado. (Nota: Dependiendo del estado en el que viva, se pueden aplicar sanciones adicionales).