

Formulario de reembolso para miembros de iCare



Para pedir el reembolso, complete e imprima este formulario. Adjunte una copia legible de las facturas desglosadas y envíelas a esta dirección. Asegúrese de guardar una copia para su expediente.

iCare Health Solutions, PO Box 495902, Cincinnati, OH 45249

PACIENTE

¿Cuál es su relación?* (marque una opción)

Miembro Pareja doméstica Padre/madre dependiente Dependiente discapacitado
 Cónyuge Hijo Estudiante de tiempo completo Otro

Fecha de nacimiento*: (mm/dd/aaaa) _____ Sexo*: Masculino Femenino

Apellido*: _____ Primer nombre*: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección*: _____

Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____ Código postal +4: _____

MIEMBRO

Número de identificación del miembro suscriptor*: _____

La información de abajo sobre el miembro es la misma que la del paciente

Fecha de nacimiento*: (mm/dd/aaaa) _____ Sexo*: Masculino Femenino

Apellido*: _____ Primer nombre*: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección 1*: _____ Dirección 2: _____

Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____ Código postal +4: _____

RECLAMO

Fecha del servicio*: (mm/dd/aaaa) _____

Examen.....	\$
Montura.....	\$
Lentes.....	\$
Tintes o recubrimientos de los lentes.....	\$
Examen/evaluación de ajuste de los lentes de contacto.....	\$
Lentes de contacto.....	\$
Total.....	\$

Tipo de lente*: (elija uno)

Monofocales
 Bifocales
 Trifocales
 Progresivos
 Lenticulares

PROVEEDOR

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Nombre del consultorio: _____

Dirección 1*: _____ Dirección 2: _____

Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____ Código postal +4: _____

IMPRIMIR Y FIRMAR

Prometo que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta. Además, leí la advertencia de fraude. Reconozco que este proveedor no trabaja con iCare. iCare no puede garantizar que quedé satisfecho.

Firma de la persona que presenta el reclamo: _____ 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 engañososa, será culpable de un delito grave de tercer grado. (Nota: Dependiendo del estado en el que viva, se pueden aplicar más penalizaciones).

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad y cómo se puede usar su información médica protegida, vea el Aviso de prácticas de privacidad de iCare Health Solutions en myicarehealth.com.

©2025 iCare Health Solutions. Todos los derechos reservados.

140454 VCCM

Clasificación: Pública