

# 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.....	\$	Tipo de lente*: (elija uno)
Montura.....	\$	<input type="checkbox"/> Monofocales
Lentes.....	\$	<input type="checkbox"/> Bifocales
Tintes o recubrimientos de los lentes.....	\$	<input type="checkbox"/> Trifocales
Examen/evaluación de ajuste de los lentes de contacto.....	\$	<input type="checkbox"/> Progresivos
Lentes de contacto.....	\$	<input type="checkbox"/> Lenticulares
Total.....	\$	

## 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 quedará 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 engañosa, 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](http://myicarehealth.com).

©2025 iCare Health Solutions. Todos los derechos reservados.

140454 VCCM

Clasificación: Pública