

## Formulario de reembolso de servicios oftalmológicos

Es posible que su plan de salud ofrezca reembolsos directos para determinados servicios oftalmológicos proporcionados fuera de la red. Consulte el documento “Evidencia de cobertura” de su plan para conocer las limitaciones específicas y los detalles sobre la elegibilidad para la cobertura. Para que se considere el reembolso, se requieren los detalles de los servicios proporcionados y el justificante de pago. Es posible que necesite que su proveedor de servicios oftalmológicos le proporcione la información necesaria, como los códigos de los servicios, y le ayude a completar este formulario.

**Para solicitar una revisión para considerar el reembolso directo al afiliado, debe presentar lo siguiente:**

- Formulario de reembolso de servicios oftalmológicos de EyeQuest, con la firma del afiliado.
- Sus recibos detallados, con una descripción específica de los servicios proporcionados y el justificante de pago de los servicios cuyo reembolso se solicita.
- Formulario de reclamación (si se lo ha proporcionado su oftalmólogo/proveedor óptico).

1. Detalles del afiliado			
Título:    Sr.            Sra.            Sra.			
Nombre:		Inicial 2.º nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):		Sexo:	Masculino            Femenino
Número de ID del afiliado (como se muestra en la tarjeta de ID del afiliado de su plan de salud):			
Dirección residencial del afiliado:			Apto:
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono preferido:			
Correo electrónico:			
2. Información sobre reclamaciones del proveedor			
Nombre del proveedor oftalmológico:		NPI/TIN del proveedor (opcional):	
Nombre del consultorio del proveedor:			
Dirección donde se proporcionaron los servicios:			Suite:
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono del proveedor:		Número de fax del proveedor:	

**3. Información sobre facturas y recibos**

Escriba los detalles de cada servicio oftalmológico presentado con esta Solicitud de reembolso.

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa)	Servicios proporcionados por proveedor/Detalle del servicio (p. ej., examen de los ojos, anteojos, lentes de contacto)	Códigos de los procedimientos	Cantidad pagada

**Aviso importante:** No envíe una solicitud de reembolso por servicios pagados con una “Tarjeta de beneficios flexibles” proporcionada por el plan de salud. Los pagos por servicios realizados con estas tarjetas de crédito no son reembolsables.

**Se requiere la firma del afiliado o del representante personal.**

Certifico que la información anterior es exacta y verdadera, y que los servicios se recibieron y pagaron por la cantidad solicitada tal y como se indica anteriormente. Reconozco que si cualquier información de este formulario es deliberadamente engañosa o fraudulenta, puedo estar sujeto a sanciones civiles por reclamaciones falsas de atención de salud. También entiendo que EyeQuest puede solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para verificar que se recibieron los servicios y se realizó el pago.

Nombre en letra de molde	Firma	Fecha de la firma

**Envíe este formulario, los recibos y los documentos a:**

EyeQuest  
Attention: Vision Claim Processing  
PO Box 433  
Milwaukee, WI 53201-2906  
Fax: 1-888-696-9552

## Hoja de ayuda para el Formulario de reembolso de servicios oftalmológicos

Campo en el formulario	Descripción o requisito
Nombre del afiliado	Incluya el <b>“Nombre”</b> , la <b>“Inicial del segundo nombre”</b> y el <b>“Apellido”</b> de la persona que recibe los servicios.
Fecha de nacimiento del afiliado	Incluya la fecha de nacimiento; <b>Mes / Día / Año</b> de la persona que recibe los servicios.
Id. del afiliado	Incluya el número de ID del plan de salud del afiliado: está impreso en la parte frontal de la tarjeta de ID.
Dirección completa y número de teléfono	Incluya la dirección postal completa actual y el número telefónico durante el día de la persona (o representante) que envía este formulario.
Dirección de correo electrónico	Incluya la dirección de correo electrónico de la persona que envía este formulario.
Nombre, dirección, NPI o número identificación tributaria, y número de teléfono del proveedor de servicios oftalmológicos que proporcionó los servicios solicitados.	Incluya esta información esencial sobre el proveedor oftalmológico que proporcionó los servicios por los que solicita el reembolso.**
Facturas y recibos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fechas de los servicios</li> <li>• Servicios recibidos</li> <li>• Códigos CPT</li> <li>• Cantidad pagada</li> </ul>	<p>Fecha en la que recibió el servicio por el que solicita el reembolso.</p> <p>Describa el servicio o servicios oftalmológicos recibidos. Proporcione constancia del servicio.**</p> <p>Proporcione el código de procedimiento (si procede) del servicio oftalmológico recibido y por el que solicita el reembolso.**</p> <p>Incluya la cantidad que el afiliado pagó por cada servicio recibido y por el que solicita el reembolso.**</p>
Justificante de pago y otros documentos	Envíe un justificante de pago legible de los servicios recibidos. La documentación válida puede incluir una copia de un cheque cancelado (anverso y reverso); un extracto de tarjeta de crédito o un recibo detallado que muestre las fechas del servicio, el nombre del proveedor o el negocio a la que se le ha pagado; o una declaración en papel con membrete del proveedor en la que se detallen los servicios recibidos y el pago realizado al proveedor.*

\*\* Deberá obtener esta información de su proveedor de servicios oftalmológicos.

\* La tarjeta de crédito usada para el pago no debe ser una “Tarjeta de beneficios flexibles” emitida por un plan de salud. Su declaración firmada de este hecho se encuentra en la página anterior.