



Opticare Plus Vision “Out of Network”: SOLICITUD DE REEMBOLSO

Número de Identificación del Asegurado _____
Nombre completo del asegurado _____
Número de teléfono del asegurado *(durante el día)* _____
Dirección del asegurado _____
Nombre del paciente _____
Fecha del servicio _____
Lugar del servicio – nombre del Proveedor _____
Número de teléfono del Proveedor _____
Dirección del Proveedor _____

Precio(s) Detallado(s) de Pago

Exámenes _____
Dilatación _____
Montaje para Lentes de Contacto _____
Lentes _____
Cubierta anti-raspado _____
Cubierta ultravioleta _____
Cubiertas y extras _____

Marcos _____
Lentes de Contacto _____

Por favor entregar el formulario con la información completa y detallada a la siguiente dirección:

Opticare Plus Vision
1901 West Parkway Blvd
Salt Lake City, UT 84119
Fax (801) 954-0054
Línea de Fax gratis (888) 547 - 4227
Service@opticareplus.com

Preguntas o comentarios:

(800) 363-0950
www.opticareoplus.com

Políticas y Procedimientos

Opticare Plus Vision procesará su solicitud dentro de los 30 días, contados desde la fecha que ésta fue entregada. Toda la información solicitada es necesaria para procesar su reclamo por completo, si faltase información, el reclamo no será procesado por completo y puede retrasar su reembolso. Opticare Plus Vision le enviará por correo un cheque a la dirección postal del asegurado, la que figura en el expediente. Si la dirección ha cambiado recientemente, por favor comuníquese con el departamento de Recursos Humanos de Opticare Plus Vision para ser actualizada. El proveedor de “Out of Network” deberá ser un Óptico Licenciado, Optómetra u Oftalmólogo para calificar; las compras hechas a través de la Web/ en-línea, no están cubiertas. La calificación para la asistencia completa está basada en el precio del vendedor. Por favor vea nuestro esquema del Pan.

OOU.OON.REQ