



Formulario de reclamación de reembolsos para miembros

Use este formulario para el reembolso de los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red, o cuando haya utilizado una venta o promoción en la tienda de un proveedor de la red.

Información del suscriptor *(en letra de imprenta clara)*

Nombre del suscriptor	Teléfono durante el día ()	Teléfono durante la tarde ()	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de identificación del suscriptor	Nombre del empleador		

Información del paciente

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento / /	Número de autorización	Estudiante de tiempo completo* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>*Se puede requerir verificación</small>
---------------------	----------------------------	------------------------	---

Información del reclamante

Fecha de servicio: _____	Lentes monofocales: \$ _____	Lentes de contacto: \$ _____
Examen: \$ _____	Lentes bifocales: \$ _____	Examen de ajuste de lentes de contacto: \$ _____
Montura: \$ _____	Lentes trifocales: \$ _____	Complementos adicionales: \$ _____
	Lentes progresivas: \$ _____	Otro: _____ \$ _____

¿Es el proveedor un proveedor dentro de la red?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor _____	Número de teléfono _____	
Si vio a un proveedor dentro de la red:		
¿Está solicitando un reembolso después de usar una venta o promoción en la tienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si ve a un proveedor dentro de la red pero elige aprovechar una venta, cupón u otro especial en la tienda, es posible que el proveedor le exija que pague la totalidad y luego envíe su recibo a Superior Vision para que se le reembolse a tarifas fuera de la red.		
Si tiene copagos, estos se pagan a su proveedor dentro de la red al momento de su visita. También es responsable de pagar cualquier servicio o material que no esté cubierto o que exceda la cobertura de su plan de beneficios. Si pagó su servicio por completo, proporcione una breve explicación de por qué su proveedor no nos facturó en su nombre.		

Envíe por correo o por fax una copia de la factura detallada o el recibo impreso con el nombre y la dirección del proveedor junto con este formulario a la información de contacto a continuación. Conserve el original para sus registros.

Superior Vision Attn: Claims Processing P.O. Box 967 Rancho Cordova, CA 95741 Fax: (916) 852-2277
--

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro departamento de Atención al Cliente al (800) 507-3800