

Formulario de reembolso directo a miembros

Instrucciones:

1. Utilice este formulario solo si visita a un proveedor fuera de la red para recibir atención oftalmológica y si debe pagar por adelantado y de su bolsillo, y si solicita que se le reembolsen los fondos.
2. Escriba en letra de imprenta con un bolígrafo azul o negro.
3. El formulario de reclamo DEBE tener firma y fecha, y ser presentado con los recibos detallados. Los formularios incompletos no se podrán procesar.
4. **NO envíe por correo el/los recibo(s) original(es).** Adjunte copias de su(s) recibo(s) como comprobante de pago.
5. Guarde una copia de este formulario completo para sus registros.
6. El miembro debe completar 1 Formulario por proveedor

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PARA MIEMBROS

Nombre:				Fecha de nacimiento:	
Dirección:					
Teléfono:		Correo electrónico:		ID del miembro:	
Nombre del proveedor que realiza la referencia:		NPI del proveedor que realiza la referencia:		Dirección completa del consultorio:	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE GASTOS

Tipo de servicio:	Fecha de inicio del servicio:	Fecha de finalización del servicio:	Monto del reembolso:
	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	\$Dólares.Centavos
Visión	/ /	/ /	\$:
Nombre del proveedor:			
Visión	/ /	/ /	\$:
Nombre del proveedor:			
Visión	/ /	/ /	\$:
Nombre del proveedor:			

SECCIÓN 3: CERTIFICACIÓN

Certifico que he incurrido en los gastos enumerados anteriormente. Los gastos reclamados no han sido reembolsados, ni buscaré reembolso de ninguna otra fuente. Se adjuntan facturas, estados de cuenta, recibos u otros comprobantes de gastos. He leído y comprendido las instrucciones de las páginas anteriores.

Firma:			Fecha:	/ /
--------	--	--	--------	-----

PARA EL REEMBOLSO DE VISIÓN

Servicio al cliente: 1-866-434-0015 (TTY:711) Lunes a viernes, de 8 a 20 h.	Fax: 1-855-865-9727 Correo electrónico: MemberReimbursement@premiereyecare.net	Correo: Premier Eye Care P.O. Box 21503 Eagan, MN 55121
---	---	---

Una vez que se haya recibido toda la información solicitada y cumpla con los requisitos de reembolso de su plan, se procesará el pago y se le enviará por correo dentro de los 60 días.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. Premier Eye es un proveedor de atención oftalmológica independiente contratado por Florida Blue Medicare. Florida Blue y Florida Blue Medicare son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue es un nombre comercial de Blue Cross and Blue Shield of Florida Inc.