

**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**

<b>Servicio al cliente:</b> 1-866-434-0015 (TTY:711) Lunes a viernes, de 8 a 20 h.	<b>Fax:</b> 1-855-865-9727  <b>Correo electrónico:</b> MemberReimbursement@premiereyecare.net	<b>Correo:</b> 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.