



# Formulario de Reembolso Fuera de la Red

Antes de imprimir este formulario, por favor verifique que el miembro / dependiente es elegible para servicios, ya sea visitando [www.vbaplans.com](http://www.vbaplans.com) o llamando al Servicio al Cliente de VBA al 1-800-432-4966. Si el paciente no es elegible para servicios, NO se procesará ningún pago.

## TODA LA INFORMACIÓN DEBE ESTAR COMPLETA EN ESTE FORMULARIO

### INSTRUCCIONES:

- El titular de la póliza completa todas las partes de este formulario. Por favor, completar todas las partes **antes de** imprimir este formulario.
- Se requiere un formulario de reembolso, por separado, para cada miembro de la familia.
- Por favor, adjuntar los recibos detallados a este formulario. Por favor, asegúrese de que sus recibos detallados coincidan con la información ingresada abajo.
- Envíe el formulario completo, vía fax o correo, a las direcciones indicadas a continuación, dentro de los 90 días de la fecha de servicio.
- Todos los reembolsos serán enviados a la dirección del titular de la póliza en el archivo. **(Titular de la póliza es responsable de la actualización de cambios de dirección con empleador).**

## PARTE 1: PARA SER COMPLETADA POR EL TITULAR DE LA POLIZA (Por favor completar antes de imprimir el formulario.)

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA POLIZA		ULTIMOS 4 DIGITOS DEL SSN#	TELEFONO DEL TRABAJO#	TELEFONO DE LA CASA#
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		NOMBRE DEL EMPLEADOR
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		RELACION CON EL TITULAR DE LA POLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA POLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
Mi firma certifica que este reclamo no está relacionado con un accidente / lesión ocupacional y le doy autorización a VBA de revelar cualquier información necesaria relativa a este reclamo.				
FIRMA DE MIEMBRO / EMPLEADO				FECHA

## PARTE 2: USE UN FORMULARIO, POR SEPARADO, PARA CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA

EXAMEN	NOMBRE DEL PROVEEDOR (DONDE SE REALIZO EL EXAMEN)		OD	MD	COSTO DEL EXAMEN
	DIRECCIÓN				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
	NÚMERO TELEFÓNICO	FECHA DEL EXAMEN		COMENTARIOS	

LENTES & MARCOS	NOMBRE DE LA PRÁCTICA DE DISPENSACION: (DONDE COMPRÓ LA MONTURA Y LENTES SI ES DIFERENTE)																																															
	DIRECCIÓN			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:																																												
	NÚMERO TELEFÓNICO:	FECHA DE PEDIDO		CARGOS																																												
	<b>INSTRUCCIONES:</b> Adjuntar los recibos a este formulario y envíelos a:  <b>VBA</b> 400 Lydia Street, Suite 300 Carnegie, PA 15106  O puede faxear el Formulario y los recibos a: 412-881-4898			<b>NOTA:</b> Sus recibos detallados deben incluir la información indicada anteriormente. Si los recibos no reflejan la información anterior, su reclamo no puede ser procesado.																																												
<table border="0"> <tr> <td>Visión sencilla</td> <td>\$ _____</td> <td>Bifocales</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Trifocales</td> <td>\$ _____</td> <td>Progresivos</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Lenticulares</td> <td>\$ _____</td> <td>Tinte</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Capa anti-rayadura</td> <td>\$ _____</td> <td>Capa anti-reflectiva</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Lentes fotosensibles</td> <td>\$ _____</td> <td>Policarbonato</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Capa UV</td> <td>\$ _____</td> <td>Ayudas para la visión baja</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Lentes de contacto</td> <td>\$ _____</td> <td>Cirugía Lasik</td> <td>(si está cubierta por el plan) \$ _____</td> </tr> <tr> <td>Ajuste/ evaluación de lentes de contacto</td> <td>\$ _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Lentes de contacto médicamente necesarios (adjuntar carta del doctor)</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Costos por un nuevo marco (si los hay)</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Costo total</b></td> <td><b>\$ _____</b></td> </tr> </table>					Visión sencilla	\$ _____	Bifocales	\$ _____	Trifocales	\$ _____	Progresivos	\$ _____	Lenticulares	\$ _____	Tinte	\$ _____	Capa anti-rayadura	\$ _____	Capa anti-reflectiva	\$ _____	Lentes fotosensibles	\$ _____	Policarbonato	\$ _____	Capa UV	\$ _____	Ayudas para la visión baja	\$ _____	Lentes de contacto	\$ _____	Cirugía Lasik	(si está cubierta por el plan) \$ _____	Ajuste/ evaluación de lentes de contacto	\$ _____			Lentes de contacto médicamente necesarios (adjuntar carta del doctor)			\$ _____	Costos por un nuevo marco (si los hay)			\$ _____	<b>Costo total</b>			<b>\$ _____</b>
Visión sencilla	\$ _____	Bifocales	\$ _____																																													
Trifocales	\$ _____	Progresivos	\$ _____																																													
Lenticulares	\$ _____	Tinte	\$ _____																																													
Capa anti-rayadura	\$ _____	Capa anti-reflectiva	\$ _____																																													
Lentes fotosensibles	\$ _____	Policarbonato	\$ _____																																													
Capa UV	\$ _____	Ayudas para la visión baja	\$ _____																																													
Lentes de contacto	\$ _____	Cirugía Lasik	(si está cubierta por el plan) \$ _____																																													
Ajuste/ evaluación de lentes de contacto	\$ _____																																															
Lentes de contacto médicamente necesarios (adjuntar carta del doctor)			\$ _____																																													
Costos por un nuevo marco (si los hay)			\$ _____																																													
<b>Costo total</b>			<b>\$ _____</b>																																													

\*\*\* ESTA FORMA ES UNICAMENTE PARA SERVICIOS A TRAVES DE UN PROVEEDOR QUE NO PERTENECE A LA RED \*\*\*