

Reembolso fuera de la red si no se puede utilizar un proveedor dentro de la red

Utilice este formulario para solicitar el reembolso de su reclamo fuera de la red utilizando sus beneficios de la red. Debe aplicarse una de las siguientes excepciones:

Desde su domicilio o lugar de trabajo (oficina), no pudo:

1. Encontrar un proveedor dentro de la red a una distancia razonable, teniendo en cuenta si usted vive en una zona urbana, suburbana o rural;
2. Programar una visita con un proveedor dentro de la red dentro de dos semanas; o
3. Acceder a un proveedor dentro de la red durante una emergencia declarada en el estado donde usted vive.

Si una de las tres excepciones anteriores se aplica a usted, puede completar este formulario en línea.

Por correo, puede imprimir, completar y firmar este formulario de reclamo. Si es miembro de Medicare, puede utilizar este formulario o simplemente enviar una solicitud por escrito con toda la información que estaría en el formulario. La dirección postal es:

First American Administrators, Inc.

A la atención de: OON Claims, P.O. Box 8504, Mason, OH 45040-7111

Precaución, esta opción no está disponible cuando elige utilizar un proveedor fuera de la red debido a:

1. *Su preferencia;*
2. *Cuando su agenda personal no le permite programar una cita con un proveedor disponible en dos semanas; o*
3. *Se encuentra fuera de su domicilio o lugar de trabajo (oficina) por cualquier motivo que no sea una emergencia declarada.*

NOTE: Any person who submits a request or files a claim containing a false or deceptive statement, with intent to defraud or knowing that he or she is facilitating a fraud against an insurer, is guilty of insurance fraud.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN 2: SOLICITUD DE EXCEPCIÓN

Marque solo un motivo que sea aplicable. Si no proporciona la información solicitada para su selección, es posible que no reúna los requisitos para obtener una excepción al requisito de utilizar proveedores de la red:

No pude encontrar un proveedor dentro de la red dentro de una distancia razonable. Vivo o trabajo en el siguiente código postal:

Código postal

Creo que mi zona es:

Urbana

Suburbana

Rural

OR -----

No pude programar una visita con un proveedor de la red dentro de dos semanas. Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de la red que no pudo ofrecerle una cita en un plazo de dos semanas:

Nombre del proveedor

Número de teléfono del proveedor (000) 000-0000

Dirección del proveedor

Ciudad

Estado

Código postal

OR -----

No pude encontrar un proveedor dentro de la red durante un estado de emergencia que afectó mi área. Proporcione el código postal de la emergencia y la fecha aproximada en que se declaró el estado de emergencia:

Código postal

Mes/Año de la Emergencia Declarada

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN 2: SOLICITUD DE EXCEPCIÓN

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| Apellido del paciente [†] | Nombre del paciente [†] | MI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) [†] | Dirección postal [†] | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Ciudad [†] | Estado [†] | Código postale [†] |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Número de identificación del miembro del paciente | Relación con el suscriptor [†] | |
| <input type="text"/> | Él mismo <input type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> | |

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| Apellido del suscriptor [†] | Nombre del suscriptor [†] | MI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) [†] | Dirección postal [†] | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Ciudad [†] | Estado [†] | Código postale [†] |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre del plan de visión | Fecha de servicio [†] (MM/DD/YYYY) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Grupo del plan de visión n. | Número de identificación del miembro del suscriptor | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Médico o tienda donde el paciente recibió los servicios

| | | |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Nombre del proveedor [†] | NPI del proveedor | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Dirección del proveedor [†] | | |
| <input type="text"/> | | |
| Ciudad [†] | Estado [†] | Código postale [†] |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

[†]Requerido

continuación 3

Solicitud de reembolso

Ingrese el importe cobrado. † Recuerde incluir los recibos de pago detallados.†

| Tipo de servicio | Importe Cobrado | Tipo de lente | Por favor eleccione | Opciones de lentes: (si se compraron) | Importe Cobrado |
|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Examen *92014* | \$ <input type="text"/> | Monofocales *V2100* | <input type="checkbox"/> | Antirreflectante *V2750* | \$ <input type="text"/> |
| Refracción *92015* | \$ <input type="text"/> | Bifocal *V2200* | <input type="checkbox"/> | Policarbonato *V2784* | \$ <input type="text"/> |
| Marco *V2025* | \$ <input type="text"/> | Trifocal *V2300* | <input type="checkbox"/> | Anti rayaduras *V2760* | \$ <input type="text"/> |
| Lente de contacto *S0500* | \$ <input type="text"/> | Progressive *V2781* | <input type="checkbox"/> | Tinte *V2745* | \$ <input type="text"/> |
| Lente de contacto Ajuste *92310* | \$ <input type="text"/> | Progresivo premium *V278126* | <input type="checkbox"/> | UV *V2755* | \$ <input type="text"/> |
| Lentes | \$ <input type="text"/> | Other | \$ <input type="text"/> | Pulido y lustrado *V2702* | \$ <input type="text"/> |

Ingrese el importe total pagado como se muestra en el recibo, excluyendo el impuesto a las ventas†

\$

Certifico que he leído las advertencias de fraude estatal. Si deseo una copia impresa, puedo comunicarme con el centro de atención al cliente. Entiendo que se me puede negar el reembolso si no soy elegible para los beneficios fuera de la red o si no proporciono la información solicitada para el reclamo. Autorizo a cualquier compañía de seguros, organización empleadora, oftalmólogo, optometrista y óptico a divulgar cualquier información con respecto a esta reclamación. Certifico que todos los servicios de examen fueron realizados por un profesional de la visión con licencia. Estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores y certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del miembro/tutor/paciente (no menor de edad)†

Fecha

Advertencia general de fraude: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Para los estados de AL, AZ, AR, CA, CO, DE, DC, FL, GA, ID, IN, KS, KY, LA, MD, ME, MN, NC, NE, NJ, NM, NY, OK, OR, PA, PR, RI, TN, TX, VA, VT, WA y WV, consulte los siguientes avisos de fraude:

Alabama: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de pérdidas o beneficios, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá ser objeto de restitución, multas o encarcelamiento, o cualquier combinación de las mismas.

Arizona: Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Arkansas, Louisiana, Rhode Island, West Virginia: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

California: Para su protección, la ley de California exige que en este formulario aparezca lo siguiente: Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para reclamar el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione datos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al asegurado o reclamante en relación con una liquidación o indemnización pagadera con cargo a los ingresos del seguro, será denunciado ante la División de Seguros de Colorado, dependiente del Departamento de Agencias Reguladoras.

Delaware: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

Georgia, Oregon, Vermont: Cualquier persona que con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude de seguros.

Kansas: Cualquier persona que, con intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclame una indemnización que contenga una declaración falsa o engañosa, podrá ser declarada culpable de fraude de seguros por un tribunal de justicia.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho relevante para la misma, comete un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.

Maine, Tennessee, Washington: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o información engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Cualquier persona que, a sabiendas y de forma deliberada, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y de forma deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá ser sancionada con multas y penas de prisión.

New Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, estará sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638:20.

Nueva York: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material relevante para la misma, comete un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

New Mexico: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Carolina del Norte: Cualquier persona que tenga la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora o a un reclamante de seguro es culpable de un delito (delito grave de clase H) que puede dar lugar a sanciones penales y civiles.

Pensilvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho relevante para la misma, comete un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o provoque la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, tras ser condenada, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000), o una pena de prisión fija de tres (3) años, o ambas penas. Si concurren circunstancias agravantes, la pena así establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años, y si concurren circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Texas: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclame una indemnización que contenga una declaración falsa o engañosa, puede haber infringido la ley estatal.