

## SOLICITUD DE REEMBOLSO

¿Visitó a un médico fuera de la red? Estamos aquí para ayudarlo. Si tiene beneficios fuera de la red, tiene estas opciones:

### En línea

Es la mejor opción. Es seguro, puede verificar el estado del reclamo, obtener el pago más rápido y ahorrar papel. Haga clic en el botón abajo o vaya a [www.vsp.com](http://www.vsp.com) para iniciar sesión en su cuenta y completar un formulario en Internet. Ahí también puede crear una cuenta si todavía no tiene una.



### Por correo

¿De todos modos quiere enviar el formulario por correo? Siga las instrucciones que están en la siguiente página del formulario.

Quiero el pago más rápido

### Consejos para agilizar el procesamiento de los reclamos:

La información omitida o incompleta retrasará el procesamiento de los reclamos. Para estar listo para recibir el reembolso asegúrese de:

- Sacar fotocopias de las facturas detalladas o de los estados de cuenta de los servicios y que estos incluyan:
  - Nombre del médico o nombre del consultorio
  - Nombre del paciente
  - Fecha del servicio
  - Todos los servicios recibidos y la cantidad que se pagó
- Normalmente, tiene 12 meses a partir de la fecha del servicio para pedir un reembolso.
- Asegúrese de escribir un valor en todos los campos necesarios y de escribir las fechas en el siguiente formato: Mes/Día/Año de cuatro dígitos.

### ¿Por qué debería quedarse la próxima vez dentro de la red? Estos son algunos de los beneficios que obtiene cuando se queda dentro de la red:



**AHORRA DINERO.** Obtenga la cobertura que merece por menos costos de desembolso directo (gastos de bolsillo).



**AHORRA TIEMPO.** Con más de 37,000 médicos de la red entre los que elegir, es fácil encontrar a uno que esté convenientemente situado cerca de su trabajo o casa.



**SE AHORRA UN PROBLEMA.** Cuando visita a un médico de la red no tiene que completar ningún formulario de reclamo. Su médico de la red de VSP y VSP lo harán por usted.

## INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

El miembro es quien debe completar el formulario. Todos los campos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios. No tiene que completar este formulario a mano. Complételo en una computadora, imprímalo y envíelo por correo. Si decide completar el formulario a mano, use tinta azul o negra.

Sección del paciente:

1. Seleccionar el parentesco entre el miembro y el paciente. Seleccionar solo una opción.
2. Escribir la fecha de nacimiento del paciente en el siguiente formato: Mes/Día/Año de cuatro dígitos
3. Seleccionar el sexo. Seleccionar solo una opción.
4. Escribir el apellido y el primer nombre del paciente.
5. Escribir la dirección, la ciudad, el estado y el código postal.
6. La inicial del segundo nombre del paciente y la extensión de cuatro dígitos del código postal son

opcionales. Sección del miembro:

1. Escribir los últimos identificación de miembro.
2. Si el miembro y el paciente son la misma persona, seleccionar “La información del miembro es la misma que la del paciente”.
3. De lo contrario, escribir la información del miembro:
  - a. Escribir la fecha de nacimiento del miembro en el siguiente formato: Mes/Día/Año de cuatro dígitos
  - b. Seleccionar el sexo. Seleccionar solo una opción.
  - c. Escribir el apellido y el primer nombre del miembro.
  - d. Escribir la primera línea de la dirección, la ciudad, el estado y el código postal.
  - e. La inicial del segundo nombre del miembro, la segunda línea de la dirección y la extensión de cuatro dígitos del código postal son opcionales.

Sección del reclamo:

1. Escribir la fecha del servicio en el siguiente formato: Mes/Día/Año de cuatro dígitos.
2. Escribir la cantidad cobrada por cada artículo correspondiente. Asegurarse de que coincide con las facturas correspondientes.
3. Seleccionar un tipo de lentes.
4. Si hay otra compañía de seguros involucrada, marcar la casilla y adjuntar una copia del estado de cuenta que muestra el pago.

Sección del proveedor:

1. Si sabe el nombre del proveedor, escribir el apellido y el primer nombre del proveedor.
2. Si sabe el nombre del consultorio, escribir el nombre del consultorio del proveedor.
3. El paso N.º 1 o N.º 2 o ambos deben tener un valor.
4. Escribir la primera línea de la dirección, la ciudad, el estado y el código postal.
5. La segunda línea de la dirección y la extensión de cuatro dígitos del código postal son

opcionales. Sección sobre la impresión y firma:

1. Revisar la exactitud del formulario completado.
2. Leer el párrafo del reconocimiento.
3. Imprimir el formulario.
4. Firmar el formulario.

5. Escribir la fecha del servicio en el siguiente formato: Mes/Día/Año de cuatro dígitos.
6. Solo se debe enviar por correo la página siguiente del formulario. Todas las demás páginas son solo de referencia.

## FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA MIEMBROS DE VSP

Para solicitar un reembolso, complete e imprima este formulario, adjunte una copia legible de sus recibos detallados y envíelos a la siguiente dirección. Asegúrese de guardar una copia para sus registros.

VSP  
 PO Box 495918  
 Cincinnati, OH 45249-5918

<b>PACIENTE</b>	Relación con el miembro*: ( <i>elija una</i> )							
	<input type="checkbox"/> Miembro		<input type="checkbox"/> Pareja doméstica		<input type="checkbox"/> Padre/Madre dependiente		<input type="checkbox"/> Dependiente discapacitado	
	<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Hijo		<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo		<input type="checkbox"/> Otra	
	Fecha de nacimiento*:				Sexo*:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
	Apellido*:			Primer		Inicial del segundo		
Dirección								
Ciudad*:		Estado*:		Código		Código+4		

<b>MIEMBRO</b>	Identificación de miembro*:							
	<input type="checkbox"/> La información del miembro abajo es la misma que la del paciente							
	Fecha de nacimiento*:				Sexo*:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
	Apellido*:			Primer		Inicial del segundo		
	Dirección				Dirección			
Ciudad*:		Estado*:		Código		Código+4		

<b>RECLAMO</b>	Fecha del servicio*:		<input type="checkbox"/> Otra compañía de seguro le hizo pagos a usted, a otro asegurador o al consultorio del médico. Si es así, adjunte una copia del resumen en el					
	Examen.....\$		Tipo de lente*: ( <i>elija uno</i> )					
	Marco .....\$		<input type="checkbox"/> Monofocales		<input type="checkbox"/> Progresivas			
	Lentes .....\$		<input type="checkbox"/> Bifocales		<input type="checkbox"/> Lenticulares			
	Recubrimiento o tinte para lentes .....\$		<input type="checkbox"/> Trifocales					
	Examen para lentes de contacto / Evaluación de ajuste.... \$							
	Lentes de contacto.....\$							

<b>PROVEEDOR</b>	Apellido:			Primer nombre:				
	Nombre del consultorio:							
	Dirección 1*:				Dirección 2:			
	Ciudad*:		Estado*:		Código postal*:		Código+4:	

IMPRESION Y FIRMA

Reconozco que el proveedor de arriba no es un proveedor preferido de VSP y que VSP no puede garantizar la satisfacción de la atención de la vista ni de los anteojos y lentes. Con mi firma en este formulario de reclamo, certifico que leí las advertencias de fraude del reclamo correspondientes incluidas en este formulario, y que toda la información que di arriba está completa y exacta.

Firma de la persona que presenta el reclamo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

©2022 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados.

VSP Vision Care for Life es una marca comercial registrada de Vision Service Plan.

Marzo 2023

## ADVERTENCIAS DE FRAUDE

**Alabama, Arkansas, Distrito de Columbia, Luisiana, Massachusetts, Minnesota, Nuevo México, Ohio, Rhode Island y Virginia Occidental:** Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o beneficio o que presente deliberadamente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a la imposición de una multa o ir a prisión.

**Alaska:** Las personas que presenten deliberadamente un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa con la intención de cometer injuria, estafa o engaño en contra de una compañía de seguros podrán ser procesadas judicialmente según la ley estatal.

**Arizona:** Para su protección, la ley de Arizona obliga a que se incluya esta declaración en este formulario. Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**California:** Para su protección, la ley de California obliga a que se incluya esto en este formulario: Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida será culpable de un delito y podrá estar sujeta a la imposición de una multa o ir a prisión.

**Colorado:** Es ilegal dar deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros para estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguros y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que presente deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un reclamante para estafar o intentar estafar al titular de una póliza o reclamante sobre un arreglo o indemnización cubierta por el seguro deberá reportarse a la División de Seguros de Colorado (Colorado Division of Insurance) del Departamento de Agencias Reguladoras (Department of Regulatory Agencies).

**Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma:** ADVERTENCIA: Las personas que, para obtener la cobertura de una póliza de seguros, presentan deliberadamente un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa con la intención de cometer injuria, estafa o engaño en contra de una aseguradora serán culpables de un delito grave.

**Florida:** Las personas que presentan deliberadamente una declaración de reclamo o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa con la intención de cometer injuria, estafa o engaño en contra de una compañía de seguros serán culpables de un delito grave de tercer grado.

**Kentucky:** Cualquier persona que presente deliberadamente una declaración de reclamo que tenga falsedad material o que oculte información relacionada con cualquier hecho material de dicho documento con la intención de estafar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona cometerá un acto fraudulento de seguros tipificado como delito.

**Maine, Tennessee, Virginia y Washington:** Es un delito dar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros para estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios de seguros.

**Maryland:** Cualquier persona que presente deliberada o premeditadamente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o beneficio o que presente deliberada o premeditadamente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a la imposición de una multa o ir a prisión.

**Nuevo Hampshire:** Cualquier persona que presente una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa con la intención de cometer injuria, estafa o engaño en contra de cualquier compañía de seguros podrá ser procesada judicialmente y sancionada por cometer fraude de seguros según RSA 638:20.

**Nueva Jersey:** Cualquier persona que presente deliberadamente una declaración de reclamo con información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva York:** Cualquier persona que presente deliberadamente una solicitud de seguros o una declaración de reclamo que tenga falsedad material o que oculte información relacionada con cualquier hecho material con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona cometerá un acto de seguros fraudulento tipificado como delito y también estará sujeta a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por tal violación.

**Oregón:** Cualquier persona que presente deliberadamente una declaración de reclamo con falsedad material podrá ser culpable de un delito penal y estar sujeta a las sanciones contempladas en la ley estatal.

**Puerto Rico:** Cualquier persona que deliberadamente incluya información falsa en una solicitud de seguros o que presente, ayude a presentar o incite a alguien a presentar un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o que presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño con la intención de estafar comete un delito grave, y si se le encuentra culpable será sancionada con una multa de un mínimo de cinco mil dólares (\$5,000) y un máximo de diez mil dólares (\$10,000) por cada violación; o se le condenará a una pena fija de tres (3) años en prisión, o ambas cosas. Si existe alguna circunstancia agravante, la pena fija de prisión puede incrementarse a un máximo de cinco (5) años; y si existe alguna circunstancia atenuante, la pena puede reducirse hasta un mínimo de dos (2) años.

**Texas:** Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una multa será culpable de un delito y podrá estar sujeta a la imposición de una multa o ir a prisión.

**Vermont:** Cualquier persona que presente deliberadamente una declaración de reclamo de seguros falsa podrá ser culpable de un delito penal y estar sujeta a las sanciones contempladas en la ley estatal.

**Pensilvania y los demás estados:** Cualquier persona que presente deliberadamente una solicitud de seguros o una declaración de reclamo que tenga falsedad material o que oculte información relacionada con cualquier hecho material con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona cometerá un acto de seguros fraudulento tipificado como delito y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Disponibilidad de servicios de asistencia en distintos idiomas**

**English:** ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)。

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) 번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog –Filipino:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-877-7195 (TTY:1-800-428-4833).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-877-7195 (телетайп: 1-800-428-4833).

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-877-7195 (TTY (հեռատիպ) 1-800-428-4833)։

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-877-7195 (ATS : 1-800-428-4833).

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)まで、お電話にてご連絡ください。

**Tongan:** FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Serbo-Croatian:** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-877-7195 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-800-428-4833).

**Cambodian:** ឃុំយ៉ក្កៈ ប្រើវិធីសាស្ត្រជំនួយអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរឬមិននិយាយភាសាខ្មែរ ក៏អាចមិនសំរាប់អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរបានដែរ។ ចុះទូរស័ព្ទ 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)។

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Amharic:** ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ እማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-877-7195 (መስማት ለተሳናቸው: 1-800-428-4833)።

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-877-7195 (телетайп: 1-800-428-4833).

**Nepali:** ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-877-7195 (टिपिवाइ: 1-800-428-4833) ।

**Romanian:** ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Sudan (Fulfulde):** MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Thai:** เรขณ: ถาคณพคภาษาไทยคณสามารถไขรการชวยเหลือทางภาษาได้พร โทร 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Laotian:** ໂບດຊາບ: ຖາວາ ທານເວາພາສາ ລາວ, ການບລການຊວຍເຫອດານພາສາ, ໂດຍບເສຍຄາ, ແມນມພອມໃຫທານ. ໂທຣ 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Cushite/Oromo:** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

**Persian (Farsi):**

مه‌ارف ام‌ش ی‌ارب نا‌گوار تر و ص‌ب ی‌ز اب‌ز تلاوت ، دهنک یم و گنتنگ یس‌رائ‌ه اب‌ز ه‌ب ر‌گا : هجوت  
اب .دش‌اه یم (TTY: 800-428-4833-1) دهنک‌گب س‌ام‌ه 1-800-877-7195.

**Arabic:**

م‌ور ) 1-800-877-7195 م‌ور لب‌ص‌نا . نا‌ج‌لاب ل‌ك‌ر ر‌باون‌ه ق‌ه‌و غ‌ل‌نا ق‌دع‌ام‌ه لا تام‌دخ ن‌ا ، ق‌ه‌و غ‌ل‌نا ر‌ك‌ذا ش‌ح‌ت‌ه ت‌ن‌ك اذ‌ا : ق‌ظ‌و ح‌م  
م‌ش‌ب‌او م‌ص‌لا ف‌ت‌ا‌ه : 800-428-4833-1 .)

**Navajo**

Díí baa akó nínizín: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá  
jüik'eh, éi ná hólqé, kójjí' hódíilnih 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833.)

**हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं  
उपलब्ध हैं। 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) पर कॉल करें।