

# Solicitud dentro de la red para Reembolso de beneficios de la vista

## Proceso y requisitos

### ¿Es elegible para un reembolso?

Usted puede ser elegible para un reembolso dentro de la red dependiendo de estas situaciones:

#### *Problema de elegibilidad*

- Su información no está cargada en el sistema o necesita ser actualizada
- Perdió temporalmente la cobertura y pagó de su bolsillo en un nuevo proveedor de la red

#### *Problema del sistema*

- Nuestro portal de proveedores está caído
- Su proveedor no pudo verificar la elegibilidad/beneficios en el momento del servicio

#### *Problema con el proveedor dentro de la red*

- Su proveedor se niega a presentar el reclamo
- Su proveedor se niega a usar el laboratorio requerido
- Has comprado un marco de diseñador

### ¿Qué información debo presentar para el reembolso?

Para procesar su solicitud de reembolso, debe proporcionar un recibo pagado y detallado.

#### *El recibo pagado y detallado debe mostrar:*

- Nombre del paciente
- Fecha de servicio
- Nombre del proveedor y/o ubicación del servicio
- Servicio(s) individual(es)
- Tarifa por cada servicio
- Servicio(s) pagado(s) en su totalidad/saldo de \$0
- Comprobante de pago

Nota: Los recibos de tarjetas de crédito/caja registradora requieren un recibo completamente detallado.

***Los servicios detallados deben mostrar:***

- Todos los servicios deben estar detallados para mostrar el servicio individual y las tarifas para cada servicio recibido (por ejemplo: Bifocal, Trifocal, V2200, V2781, marca de lentes progresivos, operaciones de lentes, tarifa de examen, tarifa de ajuste CL, marca de lentes de contacto, tarifas individuales para operaciones de lentes, etc.)

**¿Qué situaciones no califican para reembolso?**

No será elegible para el reembolso dentro de la red si se aplica alguno de estos escenarios:

- El reembolso dentro de la red NO SE APLICA si recibe un descuento, una promoción de compra y llévate otro otro (BOGO), venta en la tienda, etc. Puede aprovechar la promoción de la tienda o usar los beneficios de su plan de visión, pero no ambos.
- El reembolso dentro de la red NO APLICA si usted no le dio información a su seguro de visión, no dio la información correcta sobre el seguro de visión, usó otro seguro primero y/o dio seguro médico.

**¿Cómo presento mis recibos detallados para su reembolso? Por favor, envíe por fax o correo el recibo detallado pagado e incluya:**

- ID de miembro#
- Nombre del titular de la póliza
- Fecha de nacimiento
- Dirección de la casa

También puede utilizar el formulario adjunto para proporcionar información a los miembros. El recibo detallado pagado y la información del miembro pueden ser presentados por

Envío de faxes a:

877-410-2517

Atn: Reembolsos dentro de la red

o enviando por correo a:

Equipo de defensa del cliente de Vision  
Reembolsos dentro de la red de KelseyCare Advantage  
19500 W Interstate 10  
Edificio 2  
San Antonio, TX 78254

**Plazo:** Su solicitud de reembolso (reclamación) se procesará en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se recibe la reclamación. Los recibos de tarjetas de crédito y/o de caja registradora requieren un recibo completamente detallado.

**¿Qués? Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (877) 574-7081 (711).**

Llame a Servicios para Miembros al 713-442-2273 (TTY:711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los servicios de mensajería se utilizan los fines de semana, durante todo el horario de atención y los días festivos federales.

KelseyCare Advantage es una HMO y POS con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. © 2025 KelseyCare Advantage. Todos los derechos reservados.



## Formulario de Reembolso Dentro de la Red del Plan de la Vista/Vision Plan In-Network Reimbursement Form

**Complete con la información del miembro a continuación./Please complete the member information below.**

Fecha de hoy/Today's Date:	Fecha del servicio/Date of Service:
Nombre del miembro/Member Name:	Número de ID de miembro/Member ID#:
Fecha de nacimiento del miembro/Member Date of Birth:	Proveedor/Provider:

Dirección donde se debe enviar el cheque por correo/Address where check should be mailed:

### Dirección/Address

**Ciudad/City**

**Estado/State**

Código postal/ZIP

**Complete con los servicios y materiales recibidos. Debe indicar los costos pagados. Los costos pagados deben coincidir con los recibos presentados./Please complete services and materials received. You must provide the costs paid. Costs paid must match submitted receipt(s).**

**Tenga en cuenta:** Para recibir un reembolso, los recibos se deben presentar juntos al mismo tiempo para los servicios y materiales comprados (incluso si se compran en diferentes fechas). Usted recibirá un reembolso por única vez según la frecuencia de los servicios en su plan de cuidado de la vista./**Please Note:** Receipts must be submitted together at the same time for services and materials purchased (even if purchased on different dates) to receive reimbursement. You will receive a one-time reimbursement based on your service frequency in your vision care plan.

## **Examen/Exam**

Examen de la Vista/Ojos/  
Eye/Vision Exam Pagado/Paid: \$

Complete abajo para anteojos/ Complete below for glasses		O/OR...	Complete abajo para lentes de contacto/ Complete below for contacts		
<b>Anteojos/Glasses</b>		<b>Lentes de contacto/Contacts</b>			
<input type="checkbox"/>	Marcos/Frames	Pagado/Paid: \$	<input type="checkbox"/>	Examen/Ajuste de lentes de contacto/ Contact Fitting/Exam	Pagado/Paid: \$
Tipo de lente de anteojos (Marque solo una opción)/ Glasses LensType (Check only one)					
<input type="checkbox"/>	Lentes monofocales/ Single-vision lenses	Pagado/Paid: \$	<input type="checkbox"/>	Lentes de contacto/ Contact Lenses	Pagado/Paid: \$
<input type="checkbox"/>	Lentes bifocales/ Bi-focal lenses	Pagado/Paid: \$	Nota: Los cargos por ajustes de lentes de contacto deben acompañar los lentes de contacto comprados./Note: Contact fitting fees must accompany contact lenses purchased.		
<input type="checkbox"/>	Lentes trifocales/ Trifocal lenses	Pagado/Paid: \$			
<input type="checkbox"/>	Lentes lenticulares/ Lenticular lenses	Pagado/Paid: \$			
Firma del miembro/Member Signature:			Fecha/Date:		

**Envíe este formulario con una copia del recibo detallado pagado a/Please return this form with a copy of your paid, itemized receipt and proof of payment to:**

Vision Customer Advocate Team  
KelseyCare Advantage In-Network Reimbursements  
19500 W Interstate 10  
Building 2  
San Antonio, TX 78254  
Por Fax/Fax: Attn - In-Network Reimbursements (877) 410-2517

¿Tiene preguntas? Puede llamar a nuestro Servicio al Cliente al (877) 574-7081/Questions? You can call our Customer Service Department at (877) 574-7081

**ADVERTENCIA/WARNING:** Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga tergiversaciones o información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un hecho delictivo punible conforme a la ley y puede estar sujeta a sanciones civiles./Any person who knowingly files a statement of claim containing any misrepresentations or any false, incomplete or misleading information may be guilty of a criminal act punishable under law and may be subject to civil penalties.

**Residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal./  
**Texas Residents:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

20198 9/10 1005359-B ©2010 United HealthCare Services, Inc.

EITX23MP0162115\_000  
10/2023