



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 (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.

¿Qué? 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/ Pagado/Paid: \$
Eye/Vision Exam

**Complete abajo para anteojos/
Complete below for glasses**

O/OR...

**Complete abajo para lentes de contacto/
Complete below for contacts**

Anteojos/Glasses

☐ Marcos/Frames Pagado/Paid: \$

Tipo de lente de anteojos (Marque solo una opción)/
Glasses LensType (Check only one)

☐ Lentes monofocales/
Single-vision lenses Pagado/Paid: \$

☐ Lentes bifocales/
Bi-focal lenses Pagado/Paid: \$

☐ Lentes trifocales/
Tri-focal lenses Pagado/Paid: \$

☐ Lentes lenticulares/
Lenticular lenses Pagado/Paid: \$

Lentes de contacto/Contacts

☐ Examen/Ajuste de
lentes de contacto/
Contact Fitting/Exam Pagado/Paid: \$

☐ Lentes de contacto/
Contact 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.

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