



Declaración del prestador de servicios para la vista

Aetna Global Benefits®

Suscripción de cobertura por Aetna Life Insurance Company y Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

- Este formulario debe ser completado y presentado si el prestador de servicios para la vista no provee una factura detallada junto con el Formulario de Reclamo (GR-68069) o si los reclamos de reembolso de servicios/artículos para la vista que se presenten para consideración se tratan de cargos incurridos por un médico. La sección "Resumen de reembolso" del formulario de solicitud de beneficio para la vista identificará a quién deben realizarse/enviarse los pagos de beneficios.
- Las facturas y recibos de laboratorio completamente detalladas del prestador de servicios para la vista/proveedor de artículos para la vista deben incluir: Nombre del paciente y relación con el empleado, nombre/dirección/teléfono del prestador de servicios para la vista/proveedor de artículos para la vista, tipo de lente provisto (ej, de contacto, visión única, bifocales, etc.), tipo de marco (metal, plástico, etc.), fecha de entrega del artículo (ej., lentes) al paciente, valor a cobrar por cada servicio/artículo.
- **NOTA al prestador de servicios/proveedor de artículos:** Si no ha presentado facturas completamente detalladas, usted debe completar los puntos 19-28 de este formulario y anexarlo a todas las facturas y a un Formulario de Reclamo (GR-68069), y enviarlos por correo a la dirección que aparece al dorso de la tarjeta de identificación del seguro del miembro o a Aetna Global Benefits, P.O. Box 30258, Tampa, FL 33630-3258, EE.UU.
- El empleado debe completar las secciones 1-2.
- El médico debe completar las secciones 3-18.
- El proveedor debe completar las secciones 19-28.

1. Nombre del empleado			2. Número de Seguro Social/Ident. del empleado																														
3. Nombre del paciente			4. Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)																														
5. Nombre y dirección del médico (incluir código postal)		6. Número de teléfono ()	7. Si corresponde, indique el número de identificación de pagador de impuestos para fines de emisión del formulario U.S. 1099. La ley de los EE.UU. exige que usted proporcione su número de identificación de pagador de impuestos.																														
		8. Título <input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> D.O. <input type="checkbox"/> O.D.	9. Fecha del examen (mm/dd/aaaa)																														
10. ¿Se ha realizado cirugía de cataratas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		11. ¿Puede restaurarse la agudeza visual a 20/70 en el mejor ojo con lentes convencionales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12. ¿Requiere el paciente cambio de receta en este momento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																														
13. Código(s) de diagnóstico _____ ; _____ ; _____ ; _____																																	
14. Indique diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión o trastorno de la vista, indique los números de código de procedimiento				15. Agudeza visual corregida a																													
16. Receta médica			17. Servicio profesional																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Esfera</th> <th>Cilindro</th> <th>Eje</th> <th>Prisma</th> <th>Base</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O.D. .</td> <td>•</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>O.I. .</td> <td>•</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ad. p/lectura</td> <td>O.D.</td> <td>+ •</td> <td>O.I.</td> <td>+ •</td> </tr> </tbody> </table>			Esfera	Cilindro	Eje	Prisma	Base	O.D. .	•				O.I. .	•				Ad. p/lectura	O.D.	+ •	O.I.	+ •	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cargo por examen</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Imp. a las Ventas (si aplicable)</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Suma pagada por el paciente</td> <td>\$ </td> </tr> </tbody> </table>			Cargo por examen	Valor	Imp. a las Ventas (si aplicable)	\$	Total	\$	Suma pagada por el paciente	\$
Esfera	Cilindro	Eje	Prisma	Base																													
O.D. .	•																																
O.I. .	•																																
Ad. p/lectura	O.D.	+ •	O.I.	+ •																													
Cargo por examen	Valor																																
Imp. a las Ventas (si aplicable)	\$																																
Total	\$																																
Suma pagada por el paciente	\$																																
18. Certifico por la presente que los procedimientos indicados por fecha han sido completados y que las tarifas indicadas son las tarifas actuales que he cobrado a este paciente y que pretendo aceptar para dichos procedimientos. Firma del médico _____ Fecha _____																																	

Nota: En vez de completar esta sección, el proveedor de artículos para la vista podrá anexar una factura de laboratorio. El proveedor de artículos para la vista debe firmar este formulario e incluir el valor pagado por el paciente.

19. Nombre y dirección del proveedor de artículos para la vista (incluir código postal)		20. Número de teléfono ()	21. Si corresponde, indique el número de identificación de pagador de impuestos para fines de emisión del formulario U.S. 1099. La ley de los EE.UU. exige que usted proporcione su número de identificación de pagador de impuestos.																				
		22. Título <input type="checkbox"/> Óptico <input type="checkbox"/> Optometrista <input type="checkbox"/> Oftalmólogo																					
		23. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> Pedido _____ <input type="checkbox"/> Entrega _____	24. Material provisto <input type="checkbox"/> Cristal <input type="checkbox"/> Plástico <input type="checkbox"/> Tamaño grande <input type="checkbox"/> No. de color # ____ <input type="checkbox"/> Par <input type="checkbox"/> ½ par <input type="checkbox"/> Otro _____																				
25. Tipo de lente recetado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Bifocal <input type="checkbox"/> Trifocal <input type="checkbox"/> Lenticular <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Lentes de sol <input type="checkbox"/> Otro (especificar abajo)		26. Si son lentes de contacto, favor completar <input type="checkbox"/> Terapéutico <input type="checkbox"/> No terapéutico <input type="checkbox"/> Lentes duros <input type="checkbox"/> Lentes blandos	27. Servicio profesional																				
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cargo por lentes</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cargo por marcos</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Opcional Lentes</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Marco</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Provisión Tarifa Lentes</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Marco</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Imp. a las Ventas (si aplica)</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Suma pagada por el paciente</td> <td>\$ </td> </tr> </tbody> </table>			Cargo por lentes	Valor	Cargo por marcos	\$	Opcional Lentes	\$	Marco	\$	Provisión Tarifa Lentes	\$	Marco	\$	Imp. a las Ventas (si aplica)	\$	Total	\$	Suma pagada por el paciente	\$
Cargo por lentes	Valor																						
Cargo por marcos	\$																						
Opcional Lentes	\$																						
Marco	\$																						
Provisión Tarifa Lentes	\$																						
Marco	\$																						
Imp. a las Ventas (si aplica)	\$																						
Total	\$																						
Suma pagada por el paciente	\$																						
28. Certifico por la presente que los procedimientos indicados por fecha han sido completados y que las tarifas indicadas son las tarifas actuales que he cobrado a este paciente y que pretendo aceptar para dichos procedimientos. Firma del prestador de servicios de la vista _____ Fecha _____																							

Aviso: Es considerado un delito proveer información falsa o engañosa a cualquier compañía aseguradora con el propósito de defraudar al asegurador o a cualquier otra persona. Las penalidades pueden incluir encarcelamiento y/o multas. Además, un asegurador puede denegar cobertura si el solicitante provee información falsa, que está esencialmente relacionada con una reclamación.

Residentes de California: Para su protección, una ley del estado de California exige se le informe sobre lo siguiente: Todo individuo que a sabiendas y con intención de defraudar o burlar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga una declaración esencialmente falsa o engañosa o en la que se omitan hechos o datos, habrá cometido un delito y podría estar sujeto a multas, encarcelamiento en una prisión estatal y ser sometido a penalidades impuestas por las leyes de derecho civil.

Residentes de Colorado: Un asegurador o agente que a sabiendas proporciona información falsa o engañosa para defraudar a la persona que presentó la reclamación acerca de los beneficios del seguro deberá ser denunciado a la Superintendencia de Seguros.

Residentes de Pennsylvania: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o someta una solicitud de reclamación de beneficios que contenga información falsa o encubre, con la intención de engañar, información sobre hechos fundamentales, habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia dicha persona será sometida a penalidades impuestas por las leyes de derecho penal y civil.