

Envíe los reclamos a:

MESVision

Medical Eye Services

P.O. Box 25209 • Santa Ana, CA 92799-5209

(800) 877-6372 (714) 619-4660 TTY/TDD (877) 735-2929

www.MESVision.com

Reclamo presentado por: Sólo examen

El proveedor participante debe comunicarse con MESVision para obtener un número de verificación de elegibilidad

Sólo materiales

Examen y materiales

Parte 1. Para ser completada y firmada por el asegurado. Favor de utilizar sólo tinta negra!						
Nombre del paciente (apellido paterno, nombre)		Sexo (encierra la respuesta en un círculo) Masculino Femenino		Número de identificación del empleado		
Nombre del empleado		Relación con el empleado Titular Cónyuge Hijo(a)		Fecha de nacimiento del paciente mes día año		
Dirección		Nombre del empleador		Número de póliza colectiva		
Ciudad, estado y código postal						
¿Cuenta con otra cobertura para la vista? En caso afirmativo, proporcione el nombre de la compañía aseguradora y el número de la póliza: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿La atención se requirió debido a una lesión o enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, favor de explicar:	
Si el dependiente ha sobrepasado la edad límite del contrato, ¿él o ella es estudiante de tiempo completo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Número de identificación del estudiante		Nombre de la escuela:	
Marque las condiciones que padece el paciente: Diabetes <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Degeneración macular relacionada con la edad (Age-Related Macular Degeneration, ARMD) <input type="checkbox"/> Arco senil <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>						
De acuerdo a mi leal saber y entender, las respuestas anteriores son verdaderas y están completas. Por medio del presente autorizo a mi médico a proporcionar y dar a conocer todos los datos relacionados con este reclamo. Por medio del presente asigno los beneficios por pagar a los proveedores participantes.						
Firma _____			Fecha _____			
PART 2. TO BE COMPLETED BY DOCTOR PLEASE USE BLACK INK ONLY!			PART 3. TO BE COMPLETED BY DISPENSER PLEASE USE BLACK INK ONLY!			
DATE OF EXAMINATION		REFRACTION		DATE OF ORDER		
		NO REFRACTION		DEL. DATE		
				SINGLE VISION <input type="checkbox"/> BIFOCAL <input type="checkbox"/> TRIFOCAL <input type="checkbox"/> PROGRESSIVE <input type="checkbox"/> CONTACTS <input type="checkbox"/>		
IF YOU PRESCRIBED GLASSES, CHECK ALL THAT APPLY SNGL VISION <input type="checkbox"/> BIFOCAL <input type="checkbox"/> TRIFOCAL <input type="checkbox"/> PROGRESSIVE <input type="checkbox"/> CONTACTS <input type="checkbox"/>			RIGHT LENS CHARGE		\$	
HAS CATARACT SURGERY BEEN PERFORMED YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DATE: _____			LEFT LENS CHARGE		\$	
HAS LASIK SURGERY BEEN PERFORMED YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			OVERSIZE CHARGE, IF ANY		\$	
PLEASE NOTE: PROOF OF LASIK SURGERY MAY BE REQUIRED FOR SUNGLASS BENEFIT			<input type="checkbox"/> PRISM CHARGE <input type="checkbox"/> OTHER _____ <input type="checkbox"/> SLAB OFF CHARGE _____		\$	
IS THIS A PRESCRIPTION YES <input type="checkbox"/> CHANGE FROM LAST YEAR? NO <input type="checkbox"/>		BEST CORRECTED VISUAL ACUITY R.E. 20/ L.E. 20/		TINT CHARGE		\$
RVS/CPT	EXAMINATION FEE	RVS/CPT	OTHER CHARGES	COLOR _____ No. _____		
\$		\$		FRAME CHARGE		
DOCTOR'S PRESCRIPTION			NAME OF FRAME _____		\$	
	Sphere	Cylinder	Axis	Prism	Base	
R.E.	•	•				
L.E.	•	•				
READING ADD	R.E. +	•	L.E. +	•		
SPECIAL INSTRUCTIONS			SPECIAL INSTRUCTIONS			
SIGNATURE			SIGNATURE			
DATE			DATE			
PLEASE TYPE OR PRINT NAME OF DOCTOR		PARTICIPATING PROVIDER NO.		PLEASE TYPE OR PRINT NAME OF DISPENSARY		
STREET ADDRESS			STREET ADDRESS			
CITY, STATE AND ZIP CODE			CITY, STATE AND ZIP CODE			

EXAMINATION ELIGIBILITY VERIFICATION NO.

MATERIALS ELIGIBILITY VERIFICATION NO.

Para su protección, la ley estatal exige que este formulario incluya el siguiente texto: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento con el fin de recibir el pago de una pérdida será culpable de un delito y podrá quedar sujeta a multas y reclusión en la prisión estatal.