

FAVOR DE UTILIZAR SÓLO TINTA NEGRA!

PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO	NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido Paterno, Nombre)	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO	
	NOMBRE DEL EMPLEADO	RELACIÓN CON EL EMPLEADO <input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> HIJO(A)	FECHA DE NACIMIENTO (PACIENTE) MES / DÍA / AÑO	
	DIRECCIÓN	<input type="checkbox"/> SOCIO DOMÉSTICO <input type="checkbox"/> ADULTO DOMICILIADO <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO		
	CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL	NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO DE PÓLIZA COLECTIVA	
	CORREO ELECTRÓNICO	¿La atención se requirió debido a una lesión o enfermedad? En caso afirmativo, favor de explicar: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	¿Cuenta con otra cobertura para la vision? En caso afirmativo, proporcione el nombre de la compañía aseguradora y el número de la póliza: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Póliza: _____	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"/>	Numero de identificación del estudiante:	Nombre de la escuela:
	De acuerdo a mi leal saber y entender, las respuestas anteriores son verdaderas y estan completas. Por medio del presente autorizo a mi medico a proporcionar y dar a conocer todos los datos relacionados con este reclamo. Por medio del presente asigno los beneficios por medico 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 _____	

EXAMINER / DISPENSER PORTION	VERIFICATION #:	VERIFICATION #:	
	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIGH CHOLESTEROL <input type="checkbox"/> HYPERTENSION <input type="checkbox"/> GLAUCOMA	DATE OF ORDER: MONTH / DAY / YEAR	DELIVERY DATE: MONTH / DAY / YEAR
	DIALATION: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO RETINAL PHOTOS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HCPC/CPT CODES	EYEWEAR
	PRESCRIBED <input type="checkbox"/> Single Vision <input type="checkbox"/> Bifocal <input type="checkbox"/> Trifocal <input type="checkbox"/> Progressive <input type="checkbox"/> Contacts		CHARGE
	Rx: Sphere, Cylinder, Axis, Prism, Base Curve		L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> \$
	R.E.		L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> \$
	L.E.		L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> \$
	READING ADD: R.E. +, L.E. +		L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> \$
	EXAM DATE: MONTH / DAY / YEAR CL FITTING DATE: MONTH / DAY / YEAR		L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> \$
	OTHER CONDITIONS/ DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (ICD 9 / 10 Codes) Diagnosis: _____ Diagnosis: _____		L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> \$
	Diagnosis: _____ Diagnosis: _____		L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> \$
	HCPC/CPT CODES	CHARGES	FRAME IS FRAME SIZE LESS THAN <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 61
	\$	\$	PLANO SUNGLASSES (PRE FABRICATED / NON-RX) PROOF OF LASIK SURGERY MAY BE REQUIRED FOR SUNGLASS BENEFIT
	\$	\$	CONTACTS (CL)
	\$	\$	CL MANUFACTURER CL BRAND NO. OF CL BOXES
\$	\$	COB: List the total overage on this line COB itemized charges above must be patient out of pocket	
TOTAL EXAM CHARGES	\$	TOTAL FOR OPTICAL MATERIALS	
NAME OF DOCTOR	PARTICIPATING PROVIDER NO.	NAME OF DISPENSER	
EMAIL ADDRESS	NPI NO.	EMAIL ADDRESS	
ADDRESS		ADDRESS	
CITY, STATE and ZIP CODE		CITY, STATE and ZIP CODE	
SIGNATURE	DATE	SIGNATURE	
		DATE	