

<p>Fill out completely to prevent delay</p>	<p>Submit form: Fax: (630) 236-4394 Email: claims@uhh.org Mail: UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598</p>	<p>For help, call: UHH/member number on the back of your medical ID card OR</p> <ul style="list-style-type: none"> • If you live in the D.C. area: (855) 321-4373 • If you live in the LA area: (855) 484-8480
--	--	---

How to fill out this form *(one form per patient):*

1. Send us an **itemized bill** from your vision provider and this **completed form**.
2. Fill out sections 1 and 2.
 - For payment to the employee, sign and date section 4; *or*
 - For payment to the provider, fill out, sign, and date section 3.

1: Employee information

Last name ▾	First	Middle	Date of birth (month-day-year)	SS# or Member ID#
Street ▾	Apt #		Telephone ()	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
City ▾	County	State	Zip	

Do you have any other insurance that would cover any portion of this expense? Yes No

Carrier Name (if yes): _____ Policy #: _____ Effective Date: _____ Termination Date: _____

2: Patient information

Last name ▾	First	Middle	Date of birth (month-day-year)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
-------------	-------	--------	--------------------------------	---

3: Payment to vision provider

I authorize payment directly to my vision provider for these services and/or supplies. Payment to a provider shall not constitute a waiver of any of the Plan's rules regarding non-assignment of benefits, and the Plan reserves of all of its rights and defenses in that regard.

Doctor name ▾	Doctor address
---------------	----------------

Doctor tax ID # _____

Print name _____

Employee signature _____ Date _____

4: Payment to employee — I authorize payment directly to me.

Print name _____

Employee signature _____ Date _____

Formulario de Reembolso Para Cobertura de Visión

Llene completamente para evitar retrasos	Enviar el formulario: Fax: (630) 236-4394 Correo Electrónico: claims@uhh.org Por Correo: UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598	Para obtener ayuda, llame al: Número de UHH/miembro en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica O <ul style="list-style-type: none"> • Si usted vive en el área de DC: (855) 321-4373 • Si usted vive en el área de LA: (855) 484-8480
---	--	--

Cómo llenar este formulario (un formulario por paciente):

1. Envíenos una factura detallada de su proveedor de la visión y este formulario completado.
2. Llene las secciones 1 y 2.
 - Para el pago al empleado, firmar y fechar la sección 4; o
 - Para el pago al proveedor, completar, firmar y fechar la sección 3.

1: Información del empleado

Apellido de empleado ▼	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	SS# or Member ID#
Calle ▼	Apt #	Teléfono ()	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad ▼	Condado	Estado	Código Postal	

¿Tiene otro seguro que pueda pagar cualquier porción de este gasto? Sí No

Nombre de la compañía de seguro: Número de póliza:: Fecha de Vigente Fecha de Terminación

2: Información del paciente

Apellido de paciente ▼	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
------------------------	---------------	----------------	-----------------------------------	--

3: Para emitir pago directo a su doctor u oculista

Yo autorizo el pago de servicios suministrados directamente a mi doctor. El pago a mi doctor no constituye renuncia a cualquier norma del Plan sobre la falta de asignación de beneficios, del mismo modo, el plan se reserva este derecho.

Nombre del médico ▼	Dirección del médico ▼
---------------------	------------------------

Número de identificación de impuestos (Tax I.D.) del proveedor _____

Nombre Impreso _____
 Firma del participante _____ Fecha _____

4: Para emitir reembolso al empleado — Yo autorizo el pago directamente a mí persona.

Nombre Impreso _____
 Firma del participante _____ Fecha _____