

REQUISITOS INDISPENSABLES :

- 1.- Asistir a la Consulta con un Médico Oftalmólogo afiliado a la Red O-Net Visión y que este último haya recibido el Nro. de Orden de Atención autorizado por O-Net Visión para brindarle la consulta al afiliado.
- 2- Original del Informe Médico u Odontológico detallado emitido por el profesional que lo atendió, para avalar el pago a realizar por el reembolso solicitado (Requisito Obligatorio).
- 3.- Original de la orden con la fórmula de prescripción del lente, emitida por un Oftalmólogo de la Red O-Net Visión.
- 4.- Fotocopia de la Cédula de Identidad del Afiliado Titular y del Beneficiario (paciente).
- 5.- Fotocopia de cheque o libreta bancaria donde se evidencie el **Número de Cuenta del Titular de la póliza. (Requisito Obligatorio)**
- 6.- Fotocopia del Carnet o Documento que lo identifique como afiliado al ente Gubernamental (Sólo aplica para empleados del Sector Público).
- 7.- **Factura Original** con requerimientos exigidos por el SENIAT. La misma debe estar a nombre del Afiliado Titular o del Beneficiario.

(PROCEDERÁ EL REEMBOLSO SI ES SOLICITADO LOS PRIMEROS 30 DIAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA).

Red de Servicio por donde fue atendido

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Odontológica (Master Dental) | <input type="checkbox"/> Oftalmológica (O-Net Visión) | <input type="checkbox"/> Dermatológica (Derma-Net) |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterológica (Gastro-Net) | <input type="checkbox"/> Otorringolarinológica (Oto-Net) | <input type="checkbox"/> Urológica (Uro-net) |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

Tipo de Servicio por el cual está solicitando el Reembolso

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lentes y/o cristales | <input type="checkbox"/> Otro: (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Consulta Médica u Odontológica | |

Datos del PACIENTE ATENDIDO

Nombre y Apellido del Paciente:	Cédula de Identidad del Paciente:
---------------------------------	-----------------------------------

Datos del AFILIADO TITULAR DE LA PÓLIZA

Nombre y Apellido del Titular de la Póliza:	Cédula de Identidad del Titular de la Póliza:
Compañía de Seguros:	Nombre del Colectivo: (No Aplica para Pólizas Individuales)
Número de Teléfono (Célular y Local): (Obligatorio)	Correo Electrónico (E-mail):

Datos de la Cuenta Bancaria donde se realizara la transferencia (obligatoriamente debe ser del Titular de la Póliza)

Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta Bancaria:	Cédula Identidad Titular de la Cuenta Bancaria:	
Nombre de la Entidad Bancaria:	Tipo de Cuenta:	Número de Cuenta Bancaria (20 dígitos):

Firma Solicitante del Reembolso

Fecha de envío

--	--

PASOS A SEGUIR:

- 1.- Enviar a nuestras oficinas la presente planilla, junto con los requisitos indispensables, a través del Servicio de Encomienda ZOOM, por nuestro casillero identificado con las siglas: LTQ-1059. (Este servicio es completamente GRATUITO y a Nivel Nacional).
- 2.- Una vez recibido en nuestras oficinas, se procederá a realizar la transferencia correspondiente en la cuenta bancaria anteriormente descrita, en un lapso de 48 a 72 horas hábiles.
- 3.- **Se le notificará vía telefónica y/o por correo electrónico, una vez se realice la transferencia a su cuenta**

NOTA: Son **OBLIGATORIOS**, para efectuar el reembolso, todos los requisitos solicitados. De no cumplir con estos requerimientos, el Reembolso NO PROCEDERÁ.