

INSTRUCTIONS FOR FILING A CLAIM

Any person who knowingly files a statement of claim containing any misrepresentation or any false, incomplete or misleading information may be guilty of a criminal act punishable under law and may be subject to civil penalties.

1. COMPLETE EMPLOYEE INFORMATION SECTION • USE A SEPARATE CLAIM FORM FOR EACH MEMBER OF THE FAMILY.

- **IMPORTANT** - A completed claim form (FCE's or the provider's) must be included with each submission for each member of the family for each separate accident or illness.
- **IMPORTANT** - Be certain your social security number appears on the claim form (Part A, Block 6).
- **IMPORTANT** - If you wish your benefits paid directly to the physician or provider of service, sign the assignment of benefits block (Part A, Block 14).
- **IMPORTANT** - You must sign and date your claim form (Part A, Block 13). This block must be signed by the patient. For minor children, it should be signed by the parent or legal guardian.

2. ATTENDING PHYSICIAN OR PROVIDER INFORMATION SECTION SHOULD BE COMPLETED FOR...

• Surgery • Doctor's Visits • Hospital Stay • X-Ray/Lab Charges • Pharmacy

Be sure to include procedure code and ICD-9 diagnosis code or printed descriptors of each (Part B, Blocks 19 and 20C).

3. Or you may attach itemized bills from the provider. These must include:

Employee Name

Patient Name

Provider Name

Type of Service

Date of Service

Diagnosis

Charge for Service

Pharmacy Bills must also include:

Prescription Number

Drug Name

Charge for Drug

Make copies of all bills submitted - bills will not be returned to you. Receipts and canceled checks are not acceptable.

4. Mailing Instructions • Send your completed claim form and itemized bills to:

FCE Benefit Administrators, Inc.

Claims Division

4615 Walzem Road, Suite 300

San Antonio, TX 78218-1640

Telephone: 800-899-9355

for assistance.

Failure to provide all required information may result in a delay in the processing of your claim.

5. If you are using a PPO Provider they will submit the claim for you.

INSTRUCCIONES POR ARCHIVO UN RECLAMO

Cualquiera persona que con conocimiento archiva una declaración de reclamo que contiene cualquiera falsedad o cualquiera información falsa, incompleta o engañosa, estaría culpable de un acto criminal castigado bajo la ley y estaría súbdito a penalidades cíviles.

1. COMPLETE LA SECCION DE INFORMACION DEL EMPLEADO USE UNA FORMA DE RECLAMO SEPARADA POR CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA.

- **IMPORTANTE** - Una forma de reclamo completó (FCE o el proveedor) tiene que estar incluido con cada sumisión por cada miembro de la familia, por cada accidente o enfermedad separado.
- **IMPORTANTE** - Esté seguro que su número de seguro social aparezca en la forma de reclamo (Parte A, Bloque 6).
- **IMPORTANTE** - Si usted quiere que sus beneficios sean pagado directamente al médico o proveedor de servicio, firme el bloque de asignación de los beneficios (Parte A, Bloque 14).
- **IMPORTANTE** - Tiene que firmar y fechar su forma de reclamo (Parte A, Bloque 13). Esté bloque tiene que ser firmado por el paciente. Por niños menores, debe ser firmado por el padre o el tutor.

2. LA SECCION DE INFORMACION POR EL MÉDICO ATENDIENDO O EL PROVEEDOR DEBE SER COMPLETADO PARA.

• Cirugía • Visitas de médico • Permanencia de hospital • Radiografía / Cargos del laboratorio • Farmacia

Esté seguro de incluir codificación del procedimiento e ICD-9 codificación del diagnosis o imprimió descripciones de ambos (Parte B, Bloques 19 y 20C).

3. O puede incluir facturas de detalló del proveedor. Estos deben incluir:

Nombre del empleado

Nombre de paciente

Nombre del proveedor

Tipo de Servicio

Fecha de Servicio

Diagnosis

Cargo por Servicio

Facturas de la farmacia también deben incluir:

Número de la prescripción

Nombre de la droga

Cargo por Droga

Haga copias de todas facturas sometido - no se le volveran facturas. Recibos y cheques cancelados no son aceptable.

4. Instrucciones para mandar por correo • Mande su forma completa de reclamo y facturas de detalló:

FCE Benefit Administrators, Inc.

Claims Division

4615 Walzem Road, Suite 300

San Antonio, TX 78218-1640

Teléfono: 800-899-9355

por ayuda.

Falta de suministrar toda la información necesitada podra resultar en tardanza en el proceso de su reclamo.

5. Si usted usa un proveedor de PPO, someterá la reclama por usted.