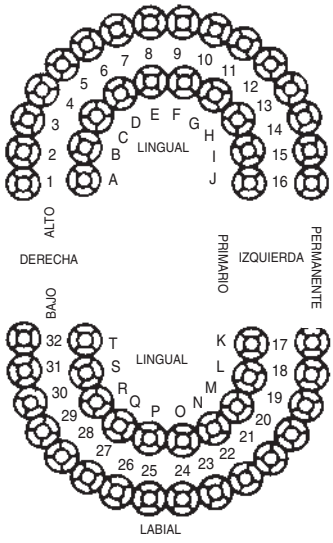
FCE BENEFITS

Benefit Administrators, Inc.
Claims Divison
4615 Walzem Road, Suite 300
San Antonio, TX 78218-1640
1-210-349-9801 • 1-800-899-WELL (1-800-899-9355)

For FCE use only/Para uso exclusivo de FCE
Plan No./No. Plan ☐☐☐☐ Claim No./No. Reclamo ☐☐☐☐☐☐☐☐

1. Employee Name/Nombre del Empleado	2. Soc. Sec. No./No. Seguro Social	3. Name of Group Dental Plan/Nombre del Plan del Grupo Dental
4. Employee Mailing Address/Dirección Postal del Empleado		5. Patient Birthdate Mo. Day Year Fecha de Nacimiento del Paciente Mes Día Año
7. City / Ciudad — State / Estado — Zip / Código		8. Employer Name/Nombre del Empleado
9. Patient Name/Nombre del Paciente	10. Patient Relationship to Employee Relación entre el Empleado y el Paciente	12. Date Patient's First Visit (Current Series) Feche de la Primera Visita del Paciente (Serie Actual)
13. Dentist Name / Nombre del Dentista 14. License No. / No. Licencia		15. Is Patient Covered By Other Plan? Yes___ No___ (Name Other Plan) Está el Paciente Cubierto por Otro Plan? Sí ___ No___ (Nombre del Otro Plan)
16. Dentist Mailing Address/Dirección Postal del Empleado 17. Phone No./No. Teléfono		18. Is Any Of Treatment For Orthodontic Purposes? Yes_____ No_____ Tiene el Tratamiento Fines de Ortodoncia? Sí _____ No_____
19. City / Ciudad — State / Estado — Zip / Código Postal		20. Treatment Result of Accident? Yes_____ No_____ Tratamiento Resultante del Accidente? Sí _____ No_____
21. If Prosthesis Is This Initial Placement? Yes ____ No _____ / En Caso de Prótesis se trata de una primera ubicación Sí ____ No ____	If No, Reason For Replacement Si No, Razón de la Reposición	22. Result of Occupational Injury? Yes_____ No_____ Resultado de Lesión Ocupacional? Sí _____ No_____
23. Dentist Soc. Sec. No. or T.I.N No. No. Seguro Social del Dentista o No. T.I.N.	24. Date Of Prior Placement Fecha de la Ubicación Previa	25. Are X-Rays Enclosed? Yes_____ No_____ If Yes, How Many_____ Se Adjuntan Rayos-X? Sí _____ No_____ Si es Así, Cuantos_____



INDICATE MISSING TEETH WITH AN 'X'
INDIQUE LOS DIENTES QUE FALTAN CON UNA 'X'

27. Remarks For Unusual Services
Comentarios por Servicios Excepcionales

26. Examination and Treatment Record—List in Order From Tooth No. 1 through Tooth No. 32.
Informe del Examen y Tratamiento—Liste Por Orden Desde el Diente No. 1 Hasta el Diente No. 32.

Tooth Number Or Letter No. ó Letra del Diente	Surfaces Superficies	Description Of Service (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials, Etc.) Descripción del Servicio (Incluyendo Rayos-X, Materiales de Profilaxis, Etc.	Date Of Service Fecha del Servicio Mo Mes	Day Día	Yr Año	Procedure No. Número del Procedimiento	Fee Costo	Do Not Use This Column No Utilize Esta Columna

ORTHODONTICS *(give diagnosis, class of malocclusion and describe appliances in above treatment section)*
ORTODONCIAS *(proporcione el diagnóstico, clase de maloclusión y describa los aparatos en la sección anterior de tratamiento)*
Date First Appliance Inserted/Fecha de Inserción del Primer Aparato _____
Date First Appliance Removed/Fecha de Eliminación del Último Aparato _____
Treatment Period *(Number Months)*/Periodo de Tratamiento *(Número de Meses)* _____
Total Fee/Coste Total $_____

Total Fee Actually Charged / Costo Total Realmente Cobrado

Amount Paid / Cantidad Pagada

Balance Due / Saldo a Pagar

I hereby accept the foregoing treatment plan and authorize release of any information relating to this claim.
Por la presente acepto el plan de tratamiento anterior y autorizo la difusion de cualquier información relacionada con este reclamo.

PATIENT'S SIGNATURE
FIRMA DEL PACIENTE _____ Date/Fecha_____
(Or employee if patient is a minor/o empleado si el paciente es un menor.)

DENTIST'S SIGNATURE
FIRMA DEL DENTISTA _____ Date/Fecha_____

I hereby authorize payment directly to the above-named dentist of the group insurance benefits otherwise payable to me, but not to exceed the charges shown above. I understand that I am financially responsible for any charges not covered by this authorization. Por la presente autorizo el pago directo al dentista nombrado anteriormente perteneciente a los beneficios de seguro del grupo o en aso alternativo pagadero a mí, pero a no exceder los costes señalados arriba. Tengo constancia de que soy el responsable financiero de cualquier coste no cubierto por esta autorización.

PATIENT'S SIGNATURE
FIRMA DEL PACIENTE _____ Date/Fecha_____
(Or employee if patient is a minor/o empleade si el paciente es un menor.)

HEALTH • INSURANCE • COUNCIL