



**Benefit Administrators, Inc.  
Claims Division**  
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 <input type="text"/>	Claim No./No. Reclamo <input type="text"/>

## VISION CARE—CUIDADO DE LA VISTA

**Complete the statement below before having your eye examination. / Llene la declaración antes de realizar su examen de la vista.**

Employer/Patrón \_\_\_\_\_

Employee's Name/Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Home Address/Domicilio \_\_\_\_\_  
City/Ciudad State/Estado Zip/Código

Home Phone # / # Telefono de Casa(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Social Security Number/Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

If claim for dependent, give dependent's name \_\_\_\_\_  
 Si el reclamo es para un dependiente, escriba el nombre del dependiente \_\_\_\_\_

Relationship/Relación \_\_\_\_\_ Age/Edad \_\_\_\_\_

**Employee's Signature** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_  
**Firma del Empleado**

**To be completed by examining ophthalmologist or optometrist. / A ser llenado por un oftalmólogo u optometrista examinador.**

Patient's Name/Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Nature of disease, injury or vision disorder, if any/Naturaleza de la enfermedad, lesión o defecto de la vista, si existe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Services provided. / Servicios proporcionados**

Eye Examination, including refraction/Examen de los ojos, incluyendo la refracción \$ \_\_\_\_\_ Without refraction/Sin incluir la refracción \$ \_\_\_\_\_

I am legally qualified/Estoy legalmente calificado:  Ophthalmologist/Oftalmólogo  Optometrist/Optometrista  Licence#/# de la Licencia \_\_\_\_\_

**Signed** \_\_\_\_\_ **Date of treatment/Fecha del tratamiento** \_\_\_\_\_ **Tax I.D.#/# de identificación de impuestos** \_\_\_\_\_  
**Firmado** \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_ **Phone #/Número de teléfono** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Benefits Assigned to Provider/ Beneficios asignado a el proveedor \_\_\_\_\_ Patient's Signature / Firma del Paciente

**To be completed by provider of materials. / A ser llenado por el proveedor de materiales.**

If contact lenses prescribed, give reason/En caso de que se prescriba lentes de contacto, exponga la razón Single Vision/Visión Sencilla \$ \_\_\_\_\_  
Bifocal \$ \_\_\_\_\_

Describe and indicate charge for special features such as hardening, tinting, plastic lenses, etc. \_\_\_\_\_ Trifocal \$ \_\_\_\_\_  
 Describa o indique el coste por características especiales como endurecimiento, tinte, lentes de plástico, etc. \_\_\_\_\_ Contact/Contacto \$ \_\_\_\_\_  
Frames/Montura \$ \_\_\_\_\_  
Total \$ \_\_\_\_\_  
Amount Paid/Cantidad Pagada \$ \_\_\_\_\_  
Balance Due/Balance Debido \$ \_\_\_\_\_

**Signed** \_\_\_\_\_ **Date of treatment/Fecha del tratamiento** \_\_\_\_\_  
**Firmado** \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_ **Phone #/Número de teléfono** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Benefits Assigned to Provider / Beneficios asignado a el proveedor \_\_\_\_\_ Patient's Signature / Firma del Paciente

**If examining doctor provides glasses, only one signature necessary. / Si el médico examinador proporciona gafas, sólo es necesario una firma.**