



**Benefit Administrators, Inc.**  
**Claims Division**  
 P.O. Box 211757  
 Eagan, MN 55121  
 1-800-298-7269

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

TYPE OR PRINT/A MAQUINA O EN MAYUSCULA

**PATIENT & INSURED (SUBSCRIBER) INFORMATION—PART A      INFORMACION DEL PACIENTE Y ASEGURADO (SUSCRIPTOR)—PARTE A**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Patient's Name (First, Middle Initial, Last)<br>Nombre del Paciente (Primer, Segunda Inicial, Apellido)                                                                                                                                                                                                           |  | 2. Patient's Date of Birth<br>Fecha de Nacimiento del Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 3. Employee Name (First, Middle Initial, Last)<br>Nombre del Empleado (Primer, Segunda Inicial, Apellido)                                 |  |
| 4. Patient's Address/Domicilio del Paciente<br><br>Address/Domicilio                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 5. Patient's Sex/Sexo del Paciente<br>Male/Masculino Female/Femenino<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                          |  | 6. Employee I.D. or Medicare No.(include any letters)<br>No. de Identificación del Empleado o No. de Medicare (inclúyase cualquier letra) |  |
| City/Ciudad      State/Estado      Zip/Código Postal                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 7. Patient's Relationship to Insured<br>Relación entre el Paciente y el Empleado<br>Self   Spouse   Child   Other<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                           |  | 8. Employee Group No. (or Group Name)<br>No. de Grupo del Empleado (o Nombre del Grupo)                                                   |  |
| <b>9. DEPENDENT CLAIMS ONLY</b><br><b>RECLAMOS DE DEPENDIENTES SOLAMENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                         |  | Relationship to you<br>Relación con usted                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Ever married?    Yes _____ No _____<br>Casado alguna vez?   Sí _____ No _____                                                             |  |
| Dependent's Name<br>Nombre del Dependiente                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Is child a full time student?<br>Es el hijo un estudiante a tiempo completo?                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Date of birth<br>Fecha de nacimiento                                                                                                      |  |
| Is child employed?<br>Está el hijo empleado?                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Name and address of school<br>Nombre y dirección del Colegio                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Date last attended<br>Ultima fecha de asistencia                                                                                          |  |
| Name and address of Employer<br>Nombre y dirección del Patrón                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Date employed<br>Fecha de inicio del empleo                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                           |  |
| 10. Other Health Insurance Coverage — enter name of policyholder and plan name and address and policy or medical assistance number<br>Otras Coberturas de Seguros de Enfermedad — escriba el nombre del poseedor de la póliza y el nombre del plan y la dirección y el número de la póliza o de la asistencia médica |  | 11. Was condition related to: A. Patient's employment? Yes _____ No _____<br>B. An auto accident?    Yes _____ No _____<br>Se relaciona la situación con: A. Empleo del paciente?    Sí _____ No _____<br>B. Un accidente de automóvil?    Sí _____ No _____                                                                       |  | 12. Employee Address/Domicilio del Empleado<br><br>Address/Domicilio                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Home/Casa                                                                                                                                 |  |
| City/Ciudad      State/Estado      Zip/Código Postal                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                           |  |
| 13. Patient's authorized signature<br>I authorize the release of any medical information necessary to process this claim.<br>Firma autorizada del paciente<br>Yo autorizo la difusión de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo                                                           |  | 14. I authorize payment of medical benefits to undersigned physician or supplier for service described below.<br>Yo autorizo el pago de beneficios médicos al médico o al proveedor abajo firmantes para el servicio descrito abajo.<br>Signed (Employee or authorized person)/Firmado (Empleado o persona asegurada o autorizada) |  |                                                                                                                                           |  |

**PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION—PART B      INFORMACION DEL MEDICO O PROVEEDOR—PARTE B**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 15. Name of referring physician<br>Nombre del médico examinador                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        | 16. For services related to hospitalization give hospitalization dates.<br>Para aquellos servicios relacionados con una hospitalización, proporcione las fechas de hospitalización.<br>Admitted/Entrada      Discharged/Salida                                                                                                                                                 |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
| 17. Name & address of facility where services rendered (if other than home or office)<br>Nombre y dirección del centro que proporcionó los servicios (si no fué en el negocio o en la oficina)                                                                                                                                                                              |                                       |                                        | 18. Was laboratory work performed outside your office?<br>Se realizó trabajo de laboratorio fuera de la oficina?<br>Yes _____ No/Sí _____ No                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
| 19. Diagnosis or nature of illness or injury. <u>Relate diagnosis to procedure in column D by reference to numbers 1, 2, 3, etc., or DX code.</u><br>Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión. <u>Relacione el diagnóstico con el procedimiento en la columna D mediante referencia a los números 1, 2, 3, etc., o mediante código DX</u><br>1.<br>2.<br>3.<br>4. |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
| <b>20.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>A</b>                              | <b>B</b>                               | <b>C</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>D</b>                              | <b>E</b>                                                                                                                                        | <b>F</b>                           |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Date of service<br>Fecha del servicio | Place of service<br>Lugar del servicio | Procedure code (identify)/Código del procedimiento (Identifique.)<br><br>Fully describe procedures, medical services or supplies furnished for each date given (Explain unusual services or circumstances)<br>Describe completamente procedimientos, servicios médicos o suministros proporcionados para cada fecha dada. (Explique servicios o circunstancias excepcionales.) | Diagnosis Code/Código del Diagnóstico | Charges<br>Cargo                                                                                                                                |                                    |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |
| 21. Signature of Physician or Supplier<br>Firma del Médico o Proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                                        | 22. Accept assignment (government claims only)<br>Acepta Asignación (reclamos del gobierno solamente)<br>Yes/Sí _____ No                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       | 23. Total Charge<br>Cargos Totales                                                                                                              | 24. Amount paid<br>Cantidad pagada | 25. Balance due<br>Saldo a pagar |
| 28. Your Patient's Account No.<br>No. de Cuenta de Su Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |                                        | 26. Your Social Security No.<br>Su No. del Seguro Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       | 30. Physician's or Supplier's Name, Address, Zip Code & Telephone No.<br>Nombre, dirección, código postal & No. Teléfono del Médico o Proveedor |                                    |                                  |
| 29. Your Employer I.D. No.<br>No. de identificación de su patrón                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                        | I.D. No./No. I.D.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |                                                                                                                                                 |                                    |                                  |

## 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      | <b>Pharmacy Bills must also include:</b> |
| Patient Name       | Prescription Number                      |
| Provider Name      | Drug Name                                |
| Type of Service    | Charge for Drug                          |
| Date of Service    |                                          |
| Diagnosis          |                                          |
| Charge for Service |                                          |

**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. | Telephone: 800-298-7269 |
| Claims Division                  | for assistance.         |
| P.O. Box 211757                  |                         |
| Egan, MN 55121                   |                         |

**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 civiles.

- 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  | <b>Facturas de la farmacia también deben incluir:</b> |
| Nombre de paciente   | N mero de la prescripciÓn                             |
| Nombre del proveedor | Nombre de la droga                                    |
| Tipo de Servicio     | Cargo por Droga                                       |
| Fecha de Servicio    |                                                       |
| Diagnosis            |                                                       |
| Cargo por Servicio   |                                                       |

**Haga copias de todas facturas sometidó- 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 detallóa:**

|                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| FCE Benefit Administrators, Inc. | Teléfono: 800-298-7269 |
| Claims Divison                   | por ayuda.             |
| P.O. Box 211757                  |                        |
| Egan, MN 55121                   |                        |

**Falta de suministrar todo 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.**