



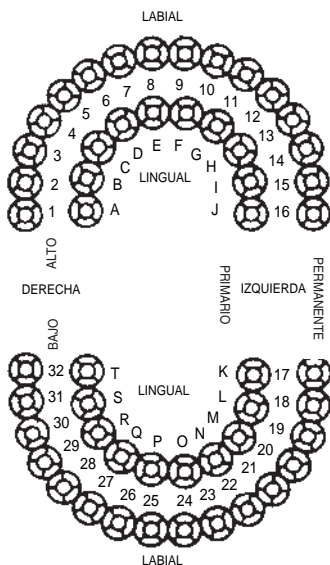
Benefit Administrators, Inc.
Claims Division
 P.O. Box 211757
 Eagan, MN 55121
 1-800-298-7269

For FCE use only/Para uso exclusivo de FCE

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) Fecha 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				18. Is Any Of Treatment For Orthodontic Purposes? Yes ___ No ___ Tiene el Tratamiento Fines de Ortodoncia? Sí ___ No ___	
17. Phone No./No. Teléfono				20. Treatment Result of Accident? Yes ___ No ___ Tratamiento Resultante del Accidente? Sí ___ No ___	
19. City Ciudad		State Estado	Zip Código Postal	22. Result of Occupational Injury? Yes ___ No ___ Resultado de Lesión Ocupacional? Sí ___ No ___	
21. If Prosthesis Yes ___ En Caso de Prótesis Sí ___ If No, Reason For Replacement Is This Initial No ___ se trata de una No ___ Si No, Razón de la Reposición Placement? primera ubicación				25. Are X-Rays Enclosed? Yes ___ No ___ If Yes, How Many ___ Se Adjuntan Rayos-X? Sí ___ No ___ Si es Así, Cuantos ___	
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		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.	



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

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			Procedure No. Número del Procedimiento	Fee Costo	Do Not Use This Column No Utilize Esta Columna
			Mo Mes	Day Día	Yr Año			

ORTHODONTICS (<i>give diagnosis, class of malocclusion and describe appliances in above treatment section</i>) ORTODONCIAS (<i>proporcione el diagnóstico, clase de maloclusión y describa los aparatos en la sección anterior de tratamiento</i>) Date First Appliance Inserted/Fecha de Inserción del Primer Aparato _____ Date First Appliance Removed/Fecha de Eliminación del Último Aparato _____ Treatment Period (<i>Number Months</i>)/Período de Tratamiento (<i>Número de Meses</i>) _____ Total Fee/Coste Total \$ _____	Total Fee Actually Charged Costo Total Realmente Cobrado	Amount Paid Cantidad Pagada
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 difusión de cualquier información relacionada con este reclamo.	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 difusión 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 caso 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 empleado si el paciente es un menor.)

