FCE BENEFITS

Benefit Administrators, Inc.
Claims Divison
PO Box 211757
Eagan, MN 55121
1-800-899-9355 • 1-800-899-WELL

For FCE use only/Para uso exclusivo de FCE

Plan No./No. Plan ☐☐☐☐ Claim No./No. Reclamo ☐☐☐☐☐☐☐☐

VISION CARE—CUIDADO DE LA VISTA

Part I: To be completed by the employee / Para ser completado por el empleado

1. Patient Name/Nombre del Paciente *(first, middle initial, last / nombre, inicial, appelido)*	2. Patient Birthdate/Fecha de Nacimiento del Paciente *(month, day, year / mes, día, año)*	3. Relationship to Member/Relación con el miembro	4. Sex / Sexo ☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino
5. Member Name/Nombre del Miembro *(first, middle initial, last / nombre, inicial, appelido)*	6. Member ID Number/Número de Miembro	7. Member's Birthdate/Fecha de nacimiento del miembro *(month, day, year / mes, día, año)*	

8. Member Mailing Address/Dirección Postal del Miembro
(Street address, City, State, ZIP / Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)

9. THIS SECTION MUST BE COMPLETED WITH EACH CLAIM SUBMISSION ONLY IF THE CLAIM IS FOR A DEPENDENT CHILD AGE 19 OR OVER. Esta sección debe ser completada con cada reclamación solamente si el reclamo es para un hijo dependiente de 19 o más.

Is the patient a full-time student? / ¿Es el paciente un estudiante a tiempo completo?

Yes / Si ☐ No ☐

If yes, name and address of school / En caso afirmativo, el nombre y la dirección de la escuela

10. Policy Number/Número de Póliza	Division Number/Número de División	Certificate Number/Número de Certificado

11. I have reviewed the following treatment plan, and I authorize release of any information relating to this claim. I understand that I am responsible for all costs of treatment. I certify these statements to be true and complete to the best of my knowledge. *He revisado el siguiente plan de tratamiento, y autorizo la liberación de cualquier informationrelating a este reclamo. Entiendo que soy responsable de todos los costos de tratamiento. Certifico estas declaraciones es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.*

Employee's Signature
Firma del Empleado

Date

12. I hereby authorize payment directly to the below-named provider of group insurance benefits otherwise payable to me.
Por la presente autorizo el pago directamente al proveedor abajo mencionado grupo de seguro que correspondería pagar a mí.

Patient's Signature
Firma del Paciente

Date

Part 2: To be completed by the vision provider / Para ser completado por el proveedor de la vista

1. Eye Care Provider name and mailling address

4. Provider license number

Specialty	Phone number
Email	Fax number
Federal tax ID number	National Provider Identifier (NPI)

For "yes" answers to questions 5 through 7, provide brief explanation under *Remarks*.

5. Is treatment result of occupational illness or injury? Yes / Si ☐ No ☐
6. Is treatment result of an auto accident? Yes / Si ☐ No ☐
7. Other accident? Yes / Si ☐ No ☐
8. This is a: *(please check one)* Statement of services ☐ Pretreatment Estimate ☐
9. Is this for LASIK/PRK? Yes / Si ☐ No ☐

10. Date of Service	11. Exam	12. Materials

11. **Examination and Treatment Record** Please include date of service, description of services, procedure codes and fees.

Service	CPT Code	Fee
LASIK / PRK Left eye		$
Right eye		$
Exam		$
Lens fitting		$
Refraction		$
Other		$
Frames		$

Lenses	CPT Code	Fee
Single		$
Bifocal		$
Trifocal		$
Progressive		$
Lenticular		$
Contacts		$
Other		$

Options	CPT Code	Fee
Anti-reflective		$
Scratch resistl		$
Tint		$
High-index		$
Edge polish		$
Others		$
Discounts		

12. Remarks

13. Total
$

14. **Certification:** I hereby certify that the services listed above have been performed on the dates indicated and that the fees submitted are the fees I have charged and intend to collect for those purposes.

Provider's Signature

Date

15. Address where treatment was performed

 Receipt from the provider of service must be attached to your claim form for member reimbursement.