FCE BENEFITS

Benefit Administrators, Inc.
Claims Divison
PO 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

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 ☐

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

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.