

## INTERIM FEDERAL HEALTH (IFH) PROGRAM

### Guidelines for Eyewear Claims

#### EFFECTIVE IMMEDIATELY

The IFH Program **does not require pre-approval** for payment of most eyewear requests. Our claims processing provider, FAS Benefit Administrators Ltd., has been instructed that the only required supporting document for reimbursement is a properly completed claim form (see attached).

Follow these easy steps to ensure that your request proceeds properly:

1. Confirm that client is eligible for the IFH Program and that they have not exceeded their eyewear service limit. Contact the FAS Call Centre at 1-800-770-2998 to confirm eligibility.

#### Eyewear Service Limit Guidelines:

- Must have visual acuity of 20/40 or worse for eyewear to be covered
- One pair of eyewear (frames and/or lenses) covered every 2 years

2. Please note that you will be reimbursed up to the following maximums:

- Single vision (frames and lenses): \$123.70
- Single vision with astigmatism (frames and lenses): \$130.40
- Regular bifocals (frames and lenses): \$170.45
- Bifocals with astigmatism (frames and lenses): \$183.85

3. Complete the attached claim form. Be sure to complete all required fields including optical information and visual acuities (expressed in fraction) or your claim may be declined. Additional claim forms can be downloaded from FAS website at [www.fasadmin.com](http://www.fasadmin.com).

4. Send completed claim forms to FAS at address below:

FAS Benefit Administrators Ltd.  
9th Floor, 9707-110 Street  
Edmonton, Alberta  
T5K 2W8  
Fax: 1-780-452-5388

#### Circumstances Where Pre-Approval for Eyewear is Required:

Special circumstances such as prescription changes within the 2 year period will require pre-approval by the IFH Office.

Where required, requests for pre-approval should be entered on the claim form along with any accompanying information that supports the request. All pre-approval requests are to be faxed to the CIC IFH Program at 1-800-362-7456.

## PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉRIMAIRE

### Directives pour les demandes de remboursement de soins de la vue

#### EN VIGUEUR IMMÉDIATEMENT

Le Programme fédéral de santé intérimaire **n'exige pas une approbation préalable** pour le paiement de la plupart des demandes de remboursement de soins de la vue. Nous avons avisé notre fournisseur chargé du traitement des demandes de remboursement, FAS Benefit Administrators Ltd., que la seule pièce justificative requise pour le remboursement est un formulaire dûment rempli (voir ci-joint).

Suivez ces étapes faciles pour vous assurer que votre demande sera traitée comme il se doit :

1. Communiquez avec le centre d'appels de FAS au 1-800-770-2998 pour confirmer que le client est admissible au Programme fédéral de santé intérimaire et que sa demande ne dépasse pas la limite établie pour les services de soins de la vue.

#### Limite des soins de la vue :

- Le client doit avoir une acuité visuelle de 20/40 ou moins pour avoir droit au remboursement de soins de la vue
- Une seule paire de lunettes (montures et/ou lentilles) est remboursée tous les deux ans

2. Veuillez prendre note que le remboursement ne dépasse pas les montants suivants :

- Lentilles simples (montures et lentilles) : 123.70 \$
- Lentilles simples avec astigmatisme (montures et lentilles) : 130.40 \$
- Lentilles bifocales (montures et lentilles) : 170.45 \$
- Lentilles bifocales avec astigmatisme (montures et lentilles) : 183.85 \$

3. Remplissez le formulaire ci-joint. Veillez à remplir tous les champs requis, y compris les renseignements sur les soins optiques et l'acuité visuelle (exprimée en fraction), sinon votre demande pourrait être refusée. Vous pouvez télécharger des formulaires depuis le site Web de FAS ([www.fasadmin.com](http://www.fasadmin.com)).

4. Envoyez les formulaires remplis à FAS à l'adresse indiquée ci-dessous :

FAS Benefit Administrators Ltd.  
9707 - 110e Rue, 9e étage  
Edmonton, Alberta  
T5K 2W8  
Télécopieur : 1-780-452-5388

#### Circonstances où l'approbation préalable est requise pour les soins de la vue :

Certaines circonstances particulières, comme un changement dans la prescription du patient à l'intérieur de la période de 2 ans, exigera l'obtention d'une approbation préalable par le bureau du Programme FSI.

Il faut indiquer les demandes d'approbation préalable requises sur le formulaire ainsi que les renseignements à l'appui des demandes. Toutes les demandes d'approbation préalable doivent être **télécopiées** au Programme FSI de CIC à ce numéro 1-800-362-7456.



## INTERIM FEDERAL HEALTH PROGRAM OPTICAL SERVICES CLAIM FORM

PRINT CLEARLY IN BLOCK LETTERS

I. CLIENT INFORMATION	
Last Name	First Name
Date of Birth (DD/MM/YYYY) / /	Client Identification Number (see IFH Certificate – IMM1442) - - - - -

II. PROVIDER INFORMATION	
Last Name, First Name	Company Name
Provider #	Email Address
Address	
City	Province
	Postal Code - - - - -
Phone Number ( ) -	Fax Number ( ) -

PLEASE SUBMIT OPTICAL INFORMATION AND VISUAL ACUITY (EXPRESSED AS FRACTION)

III. OPTICAL INFORMATION	OD :	OS :	
Visual Acuity  <input type="checkbox"/> With existing eyewear <input type="checkbox"/> Has no existing eyewear/unaided	NEAR		FAR
	OD	OS	OD      OS
	20	20	20      20

IV. SERVICE INFORMATION			
Your Invoice Number	Service Date (DD/MM/YYYY)	Service Type	Amount Claimed
		<input type="checkbox"/> Single Vision <input type="checkbox"/> Bifocals <input type="checkbox"/> Single Vision with Astigmatism <input type="checkbox"/> Bifocals with Astigmatism <input type="checkbox"/> Other : _____	\$
		<input type="checkbox"/> Eye Exam (Diagnosis : _____) <input type="checkbox"/> Other : _____	\$
<b>TOTAL AMOUNT</b>			\$

Signature	Name (print)	Date / /
-----------	--------------	-------------

**MAIL/FAX CLAIMS TO :**  
 IFH Program Priority Processing  
 FAS Benefit Administrators Ltd.  
 9th Floor, 9707-110 Street  
 Edmonton, AB  
 T5K 2W8  
 FAX : 1-780-452-5388

**FOR PRE-APPROVAL FAX TO**  
 IFH/CIC AT :  
 1-800-362-7456

**IMPORTANT : This form must be  
 completed in full or the claim may be  
 declined**