

Biểu Mẫu Yêu Cầu Hoàn Trả Chi Phí Nha Khoa

Chương trình của quý vị đài thọ các dịch vụ nha khoa từ các nha sĩ được cấp phép trong khu vực dịch vụ của quý vị, lên đến khoản trợ cấp cho phép. Xin vui lòng tham khảo cuốn Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm chi tiết. **Để nhận được khoản hoàn trả chi phí, xin vui lòng nộp biểu mẫu này cùng với hóa đơn chi tiết từng dịch vụ và bằng chứng đã thanh toán đến:**

DentaQuest Claims
PO Box 2906
Milwaukee, WI 53201-2906
Fax: 1-262-834-3589

1. Thông tin chi tiết về hội viên

Tên:	Viết tắt tên đệm:	Họ:
Ngày sinh: (Tháng/Ngày/Năm)		
Tên của công ty bảo hiểm: Clever Care Health Plan	Mã số hội viên Clever Care:	

2. Thông tin liên lạc

Địa chỉ đường phố:	Căn hộ:	
Thành phố:	Tiểu bang: CA	Mã ZIP:
Số điện thoại:	Email (tùy chọn/không bắt buộc):	

3. Thông tin nhà cung cấp

Tên nhà cung cấp:	Mã số quốc gia NPI/TIN của nhà cung cấp (tùy chọn/không bắt buộc):	
Tên của văn phòng nhà cung cấp:		
Địa chỉ:	Phòng:	
Thành phố:	Tiểu bang: CA	Mã ZIP:
Số điện thoại:	Fax:	

