

## 牙科报销申请表

如需申请报销，请将此表连同您的明细收据和付款证明一并提交至：

DentaQuest 理赔部  
(Claims)  
PO Box 2906  
Milwaukee, WI 53201-2906  
传真：1-262-834-3589

1.会员信息		
名字：	中间名首字母：	姓氏
出生日期（mm/dd/yyyy）：		
保险公司名称：		
会员ID编号： （见您的会员卡所示）：		
保单号码 （见您的会员卡所示）：		
2.联系方式		
街道地址：		公寓号：
城市：	州：	邮编：
电话号码：		
电子邮箱（可选）：		
3.服务提供方信息		
提供方姓名：		提供方 NPI/TIN（可选）：
提供方诊所名称：		
地址：		单元：
城市：	州：	邮编：
电话号码：	传真：	

4.发票信息

请填写随本次报销提交的每张发票的详细信息：

服务日期 (mm/dd/yyyy)	发票日期	提供的诊疗项目（例如：根管治疗、 洁牙、补牙、义齿）	项目代码	已付金额