

치과 환급 양식

환급을 요청하려면 이 양식을 항목별 영수증 및 지불 증명서와 함께
다음 주소로 제출하십시오.

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

1. 회원 세부 정보		
이름:	중간이름 이니셜:	성
생년월일(mm/dd/yyyy):		
보험사 이름:		
회원 ID 번호: (회원 ID 카드에 표시된 대로):		
보험 증권 번호 (회원 ID 카드에 표시된 대로):		
2. 연락처 정보		
주소:		아파트:
시:	주:	우편번호:
전화번호:		
이메일 (선택 사항):		
3. 제공자 정보		
제공자 이름:		제공자 NPI/TIN(선택 사항):
제공자 사무소 이름:		
주소:		스위트:
시:	주:	우편번호:
전화번호:	팩스:	

4. 송장 정보 이 청구와 함께 제출되는 각 청구서의 세부 정보를 입력합니다.				
서비스 날짜(mm/dd/yyyy)	송장 날짜	공급자가 제공한 서비스 세부 정보 (즉, 근관, 스케일링, 수복물, 의치)	절차 코드	지불 금액