

Mẫu Bồi Hoàn Chi Phí Chăm Sóc Răng Miệng

Để yêu cầu bồi hoàn, hãy gửi mẫu này cùng với hóa đơn chi tiết và bằng chứng trả tiền đến:

DentaQuest Claims
PO Box 2906
Milwaukee, WI 53201-2906
Điện sao (fax): 1-262-834-3589

1. Thông Tin Hội Viên			
Tên:		Chữ cái đầu của tên lót:	Họ
Ngày sinh (tháng/ngày/năm):			
Tên hãng bảo hiểm:			
Số ID hội viên: (như ghi trên thẻ ID hội viên của quý vị):			
Số hợp đồng (như ghi trên thẻ ID hội viên của quý vị):			
2. Thông Tin Liên Lạc			
Địa chỉ đường phố:			Căn hộ:
Thành phố:	Tiểu bang:	Bưu chánh:	
Số điện thoại:			
Điện thư (tùy ý):			
3. Thông Tin về Nha Sĩ			
Tên nha sĩ:		Mã NPI/TIN của nha sĩ (tùy ý):	
Tên văn phòng nha sĩ:			
Địa chỉ:		Phòng:	
Thành phố:	Tiểu bang:	Bưu chánh:	
Số điện thoại:	Điện sao (fax):		

4. Thông Tin Hóa Đơn				
Điền thông tin chi tiết cho từng hóa đơn gửi kèm yêu cầu bồi hoàn này:				
Ngày cung cấp dịch vụ (tháng/ngày/năm)	Ngày lập hóa đơn	Thông tin chi tiết dịch vụ nha sĩ đã cung cấp (như lấy tủy răng, chà sạch, phục hình, răng giả)	Mã thể thức	Số tiền đã trả