



Formulario de reembolso de servicios dentales

Para solicitar el reembolso, envíe este formulario junto con el recibo detallado y el justificante de pago a:

Departamento de reclamaciones de DentaQuest
PO Box 2906
Milwaukee, WI 53201-2906
Fax: 1-262-834-3589

1. Detalles del afiliado		
Nombre:	Inicial 2.º nombre:	Apellido
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):		
Nombre de la aseguradora:		
Id. del afiliado (como se muestra en su tarjeta de ID del afiliado):		
Número de póliza (como se muestra en su tarjeta de ID del afiliado):		
2. Información de contacto		
Dirección residencial:		Apto:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:		
Correo electrónico (opcional):		
3. Información del proveedor		
Nombre del proveedor:		NPI/TIN del proveedor (opcional):
Nombre del consultorio del proveedor:		
Dirección:		Suite:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Fax:	

4. Información de la factura				
Escriba los detalles de cada factura que se presenta con esta reclamación.				
Fecha del servicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de la factura	Detalle del servicio proporcionado por el proveedor (p. ej., tratamiento de conducto, limpieza, restauración, prótesis dentales).	Código de procedimiento	Cantidad pagada