

Clover Health

Formulario de reembolso dental

Nuestro plan cubre servicios dentales prestados por odontólogos certificados dentro de su área de servicio y hasta un límite anual. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer el límite de su plan.

Para recibir un reembolso, debe enviar lo siguiente:

- Formulario de reembolso
- Sus recibos detallados

Envíelos a la siguiente dirección:

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

1: Detalles del miembro		
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / _____	Sexo: Masculino/Femenino	
Número de identificación (como figura en su tarjeta de identificación de miembro de Clover Health, 6 u 8 dígitos):		
Número de póliza (como figura en su tarjeta de identificación de miembro de Clover Health):		
Dirección completa del miembro:	Apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono diurno: (_____) _____ - _____		
Número de teléfono nocturno: (_____) _____ - _____		
Correo electrónico: _____ @hotmail / @yahoo / @aol / @gmail / @msn / @outlook		

