

Formulario de reembolso dental

Su plan cubre servicios dentales de dentistas con licencia dentro de su área de servicio hasta que alcance el monto de su asignación trimestral. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información. **Para recibir un reembolso, envíe este formulario junto con su recibo detallado y el comprobante de pago a:**

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

1. Datos del miembro

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		

Nombre de la aseguradora: Clever Care Health Plan	N.º de identificación de miembro de Clever Care:
---	--

2. Información de contacto

Dirección postal:	Apt.:	
Ciudad:	Estado: CA	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:	Oficina:	
Ciudad:	Estado: CA	Código postal:
Número de teléfono:	Fax:	

(Continuación)

4. Información de facturación

Complete los detalles de cada factura que se presenta en esta reclamación.

Fecha del servicio (MM/DD/AAAA)	Fecha de la factura (MM/DD/AAAA)	Detalle del servicio prestado por el proveedor (p. ej., conducto radicular, restauración, dentaduras postizas)	Código de procedimiento	Importe pagado