

牙科報銷表

您的計劃承保您服務區域內持照牙醫提供的牙科服務，最高限額為您的季度津貼金額。請參閱您的「承保範圍證明書」以瞭解更多資訊。 **要獲得報銷，請將此表格連同您的收據和付款詳細證明一起提交至：**

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

1. 會員詳情

名字：

中間名縮寫：

姓氏：

出生日期：(月/日/年)

保險公司名稱：

Clever Care Health Plan

福全健保會員 ID 號碼：

2. 聯絡資訊

街道地址：

公寓：

城市：

州：

CA

郵政編碼：

電話號碼：

電子郵件 (可選)：

3. 提供者資訊

提供者名稱：

提供者 NPI/TIN (可選)：

提供者辦公室名稱：

地址：

房間號：

城市：

州：

CA

郵政編碼：

電話號碼：

傳真：

(續)

4. 發票資訊

填寫每張發票的詳細資訊，並與此索賠一起提交。

服務日期 (月/日/年)	發票日期 (月/日/年)	提供者提供的服務的詳細信息 (例如，根管治療、修復、假牙)	程序代碼	支付金額