



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:				
也址:		房間號:		
城市:			州: CA	郵政編碼:
電話號碼:		傳真:		





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