

치과 환급 요청 신청서

귀하의 플랜은 귀하의 서비스 지역 내 면허를 가진 치과의사로부터 제공되는 치과 서비스를 연간한도 내에서 보장합니다. 귀하의 보장 플랜 한도를 확인하려면 보장 증빙 서류를 참조하십시오.

환급을 원하시면 다음을 제출하십시오.:

- 환급 양식(해당 양식을 사용하는 것이 필수는 아니지만 환급 처리를 위해 모든 정보를 요청서와 함께 제출해야 함)
- 귀하의 상세 지불 영수증

다음 주소로 해당 항목을 제출해 주시기 바랍니다.:

Imperial Health Plan of California Claims Department
PO BOX 60075
Pasadena, CA 91116

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| 1. 회원 정보 | | |
| 이름: | 중간 이니셜: | 성 |
| 생년월일(mm/dd/yyyy): _ / _ / _ _ _ _ | | |
| 보험사 이름: | | |
| ID 번호(회원 ID 카드 표시): | | |
| | | |
| 2. 연락처 정보 | | |
| 도로 주소: | | 동/호: |
| 시: | 주: | 우편 번호: |
| 주간 전화: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ | 야간 전화: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ | |
| 이메일: | | |

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|--------|
| 3. 치과의사 정보 | | | |
| 치과의사 이름: | | 치과 의사 국가 의료 제공업체 식별자(NPI)/납세자 식별번호(TIN) | |
| 치과 이름: | | | |
| 주소: | | 호실: | |
| 시: | | 주: | 우편 번호: |
| 주간 전화: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ | | 팩스: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ | |

| 4. 청구 정보 | | | | |
|---------------------------------------|------------|--|-------|--------|
| 이 청구서와 함께 제출하는 각 청구서의 세부 정보를 입력하십시오.: | | | | |
| 진료 일자(mm/dd/yyyy) | 청구서 날짜 | 치과의사/서비스가 제공한 진료 세부 사항(예: 근관 치료, 세척, 복원, 틀니) | 절차 코드 | 청구 금액 |
| 예 12/24/2024 | 12/24/2024 | 세척 | D1110 | 100 달러 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |