

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