

Mẫu yêu cầu hoàn trả chi phí dịch vụ nha khoa

Chương trình của quý vị bao gồm các dịch vụ nha khoa từ các nha sĩ được cấp phép trong khu vực dịch vụ của quý vị hạn hàng năm. Tham khảo Chứng từ bảo hiểm để biết giới hạn chương trình bảo hiểm của quý vị.

Để được bồi hoàn, vui lòng gửi những thông tin sau:

- Mẫu yêu cầu bồi hoàn (Không bắt buộc sử dụng biểu mẫu này nhưng quý vị phải gửi tất cả thông tin cùng với yêu cầu của mình để được xử lý)
- Biên lai thanh toán chi tiết của quý vị

Vui lòng gửi những thông tin này tới:

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

1. Thông tin chi tiết của hội viên		
Tên:	Tên đệm viết tắt:	Họ
Ngày sinh (mm/dd/yyyy): _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Tên Công ty bảo hiểm:		
Số hội viên (số trên thẻ hội viên của quý vị):		
2. Thông tin liên lạc		
Tên đường:		Căn hộ:
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu chính:
Số điện thoại nơi làm việc: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _	Số điện thoại cá nhân: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _	
Email:		

3. Thông tin nha sĩ			
Tên của nha sĩ:		Số NPI/TIN của nha sĩ	
Tên phòng khám nha khoa:			
Địa chỉ:		Phòng:	
Thành phố:		Tiểu bang:	Mã bưu chính:
Số điện thoại nơi làm việc: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _		Số fax: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _	

4. Thông tin hóa đơn				
Điền thông tin chi tiết của từng hóa đơn gửi kèm yêu cầu này:				
Ngày cung cấp dịch vụ (mm/dd/yyyy)	Ngày lập hóa đơn	Nha sĩ cung cấp dịch vụ/Dịch vụ Chi tiết (ví dụ: Điều trị tủy răng, Vệ sinh, Phục hình, Răng giả)	Mã thủ thuật	Số tiền hóa đơn
<i>ví dụ</i> 12/24/2024	12/24/2024	Vệ sinh	D1110	\$100