

Formulario de reembolso de servicios dentales

Para solicitar el reembolso, envíe este formulario junto con el recibo detallado y el justificante de pago a:

Departamento de reclamaciones de DentaQuest PO Box 2906 Milwaukee, WI 53201-2906

Fax: 1-262-834-3589

1. Detalles del afiliado						
Nombre:	Inicial 2.º	2.º nombre: Apellido				
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):			·			
Nombre de la aseguradora:						
ld. del afiliado (como se muestra						
en su tarjeta de ID del afiliado):						
Número de póliza (como se muestra						
en su tarjeta de ID del afiliado):						
2. Información de contacto						
Dirección residencial:					Apto:	
Ciudad:	Estado:		Código postal:			
Número de teléfono:						
Correo electrónico (opcional):						
3. Información del proveedor						
Nombre del proveedor:				NPI/TIN del proveedor (opcional):		
Nombre del consultorio del proveedor:						
Dirección:				Suite:		
Ciudad:	-		Estado:		Código postal:	
Número de teléfono:		Fax:				



4. Información de la factura Escriba los detalles de cada factu

Escriba los detalles de cada factura que se presenta con esta reclamación.								
Fecha del servicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de la factura	Detalle del servicio proporcionado por el proveedor (p. ej., tratamiento de conducto, limpieza, restauración, prótesis dentales).	Código de procedimiento	Cantidad pagada				