



牙科服務報銷申請表

您的計劃可為您承保您所在服務區內持照牙醫提供的牙科服務，承保金額最多可達年度限額。請參閱您的承保範圍說明書，以瞭解您的計劃承保限額。

要獲得報銷，請提交以下資訊：

- 報銷申請表（並非必須使用此表格，但在提交申請時必須提交所有相關資訊，方能進行處理）
- 您的分項付款收據

請將這些細目提交至：

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

1.會員詳細資訊		
名字：	中間名縮寫：	姓氏
出生日期（月/日/年）： _ _ / _ _ / _ _ _ _		
保險公司名稱：		
ID 號碼（如您的會員 ID 卡上所示）：		
2.聯絡資訊		
街道地址：		公寓：
城市：	州：	郵遞區號：
日間聯絡電話： (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _	晚間聯絡電話： (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _	
電子郵件地址：		

3.牙醫資訊			
牙醫姓名：		牙醫 NPI/TIN	
牙科診所名稱：			
地址：		單元：	
城市：		州：	郵遞區號：
日間聯絡電話： (____)____-____		傳真： (____)____-____	

4.發票資訊				
請填寫與此報銷申請表隨附的每張發票的詳細資訊：				
服務日期 (月/日/年)	發票日期	牙醫提供的服務/服務 詳細內容 (即, 牙根管治療、洗牙、 修復、義齒等)	程序代碼	發票金額
<i>範例</i> 12/24/2024	12/24/2024	洗牙	D1110	\$100