

Formulario de solicitud de reembolso de servicios dentales

Su plan cubre los servicios dentales prestados por dentistas con licencia dentro su área de servicio hasta un límite anual. Consulte el límite de su plan en la Evidencia de cobertura.

Para recibir el reembolso, envíe lo siguiente:

- Formulario de reembolso (no tiene la obligación de usar este formulario, pero debe enviar toda la información con la solicitud para su procesamiento)
- Sus recibos de pago desglosados

Envíe estos elementos a:

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

1. Información del miembro		
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Nombre de la aseguradora:		
N.º de identificación (que aparece en su tarjeta de identificación de miembro):		
2. Información de contacto		
Dirección:		Apt.:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de contacto durante el día: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _	Teléfono de contacto durante la noche: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _	
Correo electrónico:		

3. Información del dentista			
Nombre del dentista:		Identificador nacional del proveedor (NPI)/número de identificación del contribuyente (TIN) del dentista	
Nombre del consultorio del dentista:			
Dirección:		Oficina:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono de contacto durante el día: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _		Fax: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _	

4. Información de facturación				
Indique la información de cada factura que envía con esta reclamación:				
Fecha del servicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de la factura	Servicio prestado por el dentista/servicio Descripción (p. ej., tratamiento de conducto, limpieza, restauración, prótesis dentales)	Código de procedimiento	Monto de la factura
<i>EJEMPLO</i>				
<i>12/24/2024</i>	<i>12/24/2024</i>	<i>Limpieza</i>	<i>D1110</i>	<i>\$100</i>