Group Dental - Metropolitan Life Insurance Company

牙科費用賠償

第一部分: 由僱員填寫

患者信息

1. 患者名 | 中間名 | 姓氏

2. 與僱員的關係 ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 其他 | 3. 性別 ☐ 男 ☐ 女 | 4. 婚姻狀況? ☐ 是 ☐ 否 | 5. 患者出生日期 *(月／日／年)* | 6. 由辦公人員填寫

若為全日制學生 *(19 歲或以上)*

7. 學校名稱及地址 | 城市 | 州 | 郵遞區號

8. ID 號 | 9. 若為殘障人士 *(19 歲或以上)* ☐ 是 ☐ 否 | 10. 團體牙醫計劃名稱

僱員信息

11. 僱員名 | 中間名 | 姓氏

12. 僱員郵寄住址 | 城市 | 州 | 郵遞區號

13. 僱員出生日期 | 14. 辦公室電話號碼 (區號) | 15. 其他家庭成員是否亦為僱員？ ☐ 是 ☐ 否

16. 被聘用家庭成員名稱 | 社會保障／ID 號 | 出生日期

17. 針對第16 項， 填寫僱主名稱

18. 填寫僱主地址 | 城市 | 州 | 郵遞區號

19. 患者是否參與其他牙醫保險？ ☐ 是 ☐ 否 *(若是，請填寫以下各項：)* | 牙醫保險名稱 | 團體號

保險商名稱

保險商地址 | 城市 | 州 | 郵遞區號

20. 本人授權發佈與本賠償有關的任何資料。

簽署 患者簽署，或未成年患者之獲授權代表簽署 | 若為獲授權代表，請說明與未成年人的關係 | 日期

21. 本人證明以上資料正確無誤。

簽署 僱員簽署 | 日期

22. 本人授權直接向下述牙醫付款。

簽署 僱員簽署 | 日期

SECTION 2: To be completed by Dentist

23. Dentist – First name	Middle name	Last name

24. Mailing address	City	State	ZIP

25. Dentist phone number	26. Dentist license number	27. Dentist SSN or T.I.N.	28. Provider specialty code

29. NPI *(treating dentist)*	30. NPI *(billing entity, if different)*	31. First visit date current series

32. Place of treatment	33. Radiographs or Models enclosed?
☐ Office ☐ Hospital ☐ ECF ☐ Other _____	☐ Yes ☐ No How many? _____

34. Is treatment result of occupational illness or injury?	35. Is treatment result of auto accident?
☐ Yes ☐ No *(If yes, enter brief description and dates)*	☐ Yes ☐ No *(If yes, enter brief description and dates)*

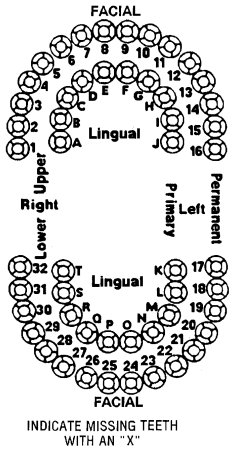
36. Other accident?	37. Are any services covered by another plan?
☐ Yes ☐ No *(If yes, enter brief description and dates)*	☐ Yes ☐ No *(If yes, enter brief description and dates)*

38. If prosthesis, is this initial placement? *(If no, reason for replacement)*	39. Date of prior replacement
☐ Yes ☐ No	

40. Is treatment for orthodontics? ☐ Yes ☐ No	If services already commenced, date appliance placed	Months of treatment remaining

Dentist's – ☐ Pretreatment estimate ☐ Statement of actual services *(Be sure to sign below)**

41. Examination and Treatment Plan – List in order from tooth #1 through tooth #32 *(Use charting system shown)*



INDICATE MISSING TEETH WITH AN "X"

Tooth # or Letter	Surface	Description of Services *(Including X-Rays, Prophylaxis, Materials Used, Etc.)*	Date Service Performed *(mm/dd/yyyy)*	ADA Procedure Number	Fee	For Carrier Use Only
				Total fee		
				Actually charged		

42. I hereby certify that the services listed above ☐ will be ☐ have been performed.

Sign Here *Signature of Dentist	Date signed

43. Address where treatment was performed - Street	City	State	ZIP

第三部分: 說明 *(*在提交賠償申請前請查閱此說明。*)*

1. 欺詐警告

簽署本賠償表之前，請閱讀您居住所在州及索取福利所依據之保單的簽發州的相關警告。
阿拉巴馬、阿肯色、哥倫比亞特區、路易斯安那、麻塞諸瑟、明尼蘇達、新墨西哥、俄亥俄、羅德島和西維吉尼亞：任何人士為得到損失賠償或福利，故意提出虛假或欺詐性賠償，或在保險申請中故意提交虛假資料，即屬刑事罪行，可獲判罰款及監禁。
阿拉斯加：任何故意及意圖損害、欺詐或欺騙保險公司之人士提交載有虛假、不完整或誤導性資料的賠償申請，可根據州立法律受到起訴。
亞利桑那：為了保障您的權益，亞利桑那州法律要求在本表列出以下聲明。任何人士如為得到損失賠償而故意提出虛假或欺詐性賠償，可受到刑事及民事處罰。
加利福尼亞：為了保障您的權益，加州法律要求在本表列出以下聲明：任何人士為得到損失賠償，故意提出虛假或欺詐性賠償，即屬刑事罪行，可獲判罰款及監禁。
科羅拉多：故意向保險公司提供虛假、不完整或具誤導性事實或資料，從而欺詐或試圖欺詐該公司，即屬違法行為。處罰可包括監禁、罰款、拒付保險以及民事損害賠償。任何保險公司或保險公司之代理人如就從保險收益中應支付之調解或裁決費用，故意向保單持有人或申索人提供虛假、不完整或具誤導性事實或資料，從而欺詐或試圖欺詐該保單持有人或申索人，須予舉報至監管機構部門內的科羅拉多保險處。
德拉華、愛達荷、印第安納及俄克拉荷馬：警告：任何故意及意圖損害、欺詐或欺騙任何保險公司之人士就保單收益而提出載有任何虛假、不完整或具誤導性資料的任何賠償，即屬重刑罪。
佛羅里達：任何人士故意及意圖損害、欺詐或欺騙保險公司提交載有虛假、不完整或具誤導性資料的賠償或申請，即屬三級重刑罪。
肯塔基：任何人士故意及意圖欺詐任何保險公司或其他人士，提交載有任何重大虛假資料之賠償申請，或為誤導而隱瞞與此相關的任何重大事實，即屬騙保，屬刑事罪行。
緬因、田納西、維吉尼亞及華盛頓：故意向保險公司提供虛假、不完整或具誤導性資料，從而欺詐該公司，即屬刑事罪行。處罰可包括監禁、罰款或拒付保險福利。
馬里蘭：任何人士如為得到損失賠償或福利，故意或蓄意提交虛假或欺詐性賠償，或在保險申請中故意或蓄意提交虛假資料，即屬刑事罪行，可獲判罰款及監禁。
新罕布什爾：任何人士意圖損害、欺詐或欺騙任何保險公司，提交載有虛假、不完整或具誤導性資料的賠償申請，即按RSA 638:20規定以保險欺詐罪名義受到起訴及處罰。
紐澤西：任何故意提交載有任何虛假或誤導性資料的賠償申請之人士，將受到刑事及民事處罰。
紐約：任何人士故意及意圖欺詐任何保險公司或其他人士，提交載有任何重大虛假資料的保險申請或賠償申請，或為誤導而隱瞞與此相關的任何重大事實，即屬騙保，為刑事罪行，各項罪行還須處以五千美元以下及不超過上述賠償金額的民事罰款。
俄勒岡及佛蒙特：任何人士提出虛假保險索賠陳述，屬刑事犯罪，將受到州法律處罰。
波多黎各：任何人士故意及意圖欺詐，在保險申請中提交虛假資料，或提交、協助提交或教唆提交欺詐性賠償以獲取損失賠償或其他福利，或就同一損失或損害提交多份賠償，即屬犯罪，罪名一旦成立，將對各項罪行處以五千（*5,000*）美元以上、一萬（*10,000*）美元以下的罰款，或監禁三（*3*）年，或判處雙重刑罰。如果情節嚴重，則原有固定刑期可最長增至五*(5)*年；如果情節較輕，則可最低減至兩*(2)*年。
德克薩斯：任何人士為得到損失賠償，故意提出虛假或欺詐性賠償，即屬刑事罪行，可獲判罰款及監禁。
賓夕法尼亞及其他州：任何人士故意及意圖欺詐任何保險公司或其他人士，提交載有任何重大虛假資料的保險申請或賠償申請，或為誤導而隱瞞與此相關的任何重大事實，即屬騙保，為刑事罪行，該人士可受到刑事及民事處罰。

2. 賠償申請提交須知

僱員須知

1. 請完整填寫賠償表格中屬於閣下的部分 (第1 項至第21 項)，以確保身份確認及迅速付款。請列印或以打字機輸入。附註：必須填寫第8
   項 (ID 號)，以便處理賠償。
2. 患者同意書。籍簽署第20 項，患者 (或其父母或其他授權代表) 同意使用及披露與牙醫或健康護理專業人員提供的服務有關的資料，用於治療、付款、或健康護理操作方面之目的，包括向牙科福利計劃提供者或管理者提交牙科福利賠償申請。只要患者受牙醫計劃保障，該同意書即屬有效。閣下有權獲取該同意書之副本。該同意書可透過書面形式發至閣下牙醫或健康護理專業人員後撤銷，惟該撤銷將不影響於撤銷前倚賴該同意書作出的行為。接到撤銷或拒絕簽署同意後，閣下的牙醫或健康護理專業人員可拒絕提供或繼續治療。若該同意書經患者授權代表簽署，則須於第20 項中說明與該授權代表之關係。

3. 閣下須於第 21 項簽署賠償表格。
4. 藉填寫第 22 項後，閣下可安排MetLife 直接向牙醫付款。若閣下希望直接向自己支付保險金，則不要填寫第 22 項。無論何種情況，均將向閣下寄發保險金支付結算單。
5. 若計劃療程之總費用預計為 300 美元或以上，則須於療程開始前填寫有關表格並提交至MetLife，以預先估算保險金。MetLife 將告知閣下應收之保險金。
   (若閣下願意，預期牙科費用少於300 美元時亦可要求進行預先估算。)
6. 若計劃療程之總費用將少於 300 美元，於治療完成時，須填寫賠償表格並郵寄或傳真至下述地址或傳真號碼。

牙科保險承保範圍有特定限制及例外情況。請參閱閣下的小冊子，了解涵蓋的服務、福利支付計劃、限制及例外情況。

Information for Attending Dentist

1. Benefits are payable in accordance with four Classes of Services. It is, therefore, important that a separate fee is indicated for each item of service performed.
2. If total charges for a course of treatment are expected to be $300 or more, check the box noted "Pretreatment estimate" and complete items 23 through 42. The completed claim form should be sent to the address shown below **prior to the commencement of the course of treatment.** MetLife will review the claim *(and any supplementary information required)* and notify your patient of the benefits payable.
3. If the address where treatment was performed is different from the mailing address in item 24, complete item 43.
4. Generally, we do **not** request x-rays where standard filling materials are used. Pre-operative x-rays are requested **only** in connection with prosthetics, fixed bridgework, or cast restorations. Occasionally, we may request x-rays that relate to other dental services.
   In an effort to reduce your costs and inconvenience, we request your cooperation in submitting x-rays **only** in the above-mentioned circumstances or when specifically requested.
   This will also enable us to expedite the processing of a pretreatment estimate.
5. If authorized by the employee, benefit payments will be made directly to you.

第四部分: 撕下填妥的牙科費用賠償表並提交至

- 您如要提交賠償申請，請僅填寫第一頁，將其撕下後郵寄至上述地址或傳真至所示號碼。
- 您如需西班牙語或中文表格，請瀏覽我們的網站 www.metlife.com, 並從我們的牙科保險中心下載適用賠償表格。
- 或者您可將本表格整份（共五（5）頁）郵寄至 第5 頁中所示的地址。

郵寄地址：	傳真:	牙醫電話：
MetLife Dental Claims P.O. Box 981282 El Paso, TX 79998-1282	1-859-389-6505	1-877-638-3379

CALIFORNIA HEALTHCARE LANGUAGE ASSISTANCE PROGRAM
NOTICE TO INSUREDS

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card, if any, or 1-800-942-0854. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357.
To receive a copy of the attached MetLife document translated into Spanish or Chinese, please mark the box by the requested language statement below, and mail the document with this form to:
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
Please indicate to whom and where the translated document is to be sent.

☐ **Servicio de Idiomas Sin Costo.** Puede obtener la ayuda de un intérprete. Se le pueden leer documentos y enviar algunos en español. Para recibir ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación, si tiene una, o al 1-800-942-0854. Para recibir ayuda adicional llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357.
Para recibir una copia del documento adjunto de MetLife traducido al español, marque la casilla correspondiente a esta oración, y envíe por correo el documento junto con este formulario a:
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
Por favor, indique a quién y a dónde debe enviarse el documento traducido.
NOMBRE_____
DIRECCIÓN_____

☐ **免費語言服務。**您可獲得免費口譯服務。您可要求翻譯員向你口譯文件，或可要求向你發回文件的中文譯本。如需協助，請致電您的ID卡上所示號碼（如有），或 1-800-942-0854。如需更多協助，請致電加州保險部熱線1-800-927-4357。
為收取隨附MetLife文件的中文譯本，請勾選此陳述前的方框，並將文件連同此表一併郵寄至：
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
請指明經翻譯文件收件人的姓名及地址。
姓名_____
地址_____

Անվճար թարգմանչական ծառայություններ: Ձեզ կտրամադրվի հայերենի թարգմանիչ, որի օգնությամբ կարող եք հայերենով կարդալ փաստաթղթերը: Հարցերի դեպքում զանգահարեք մեզ Ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ 1-800-942-0854: Առավել մանրամասն տեղեկատվության համար զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրական Դեպարտամենտ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով:

សេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែម្នាក់ និងឱ្យគេអានឯកសារនានាឱ្យអ្នកស្តាប់ជាភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខដែលមានចុះនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នកប្រសិនបើមាន ឬ តាមលេខ 1-800-942-0854 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CA Dept. of Insurance) តាមលេខ 1-800-927-4357 ។

Kev pab txhais lus tsis kom them nqi. Koj thov tau kom nrhiav neeg txhais lus thiab nyeem ntaub ntawv hais ua lus Hmoob rau koj mloog. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj sau hauv koj daim npav ID, yog muaj, lossis 1-800-942-0854. Yog xav kom pab lwm yam hu rau lub CA Hauv Paus Iv-saws-las ntawm 1-800-927-4357.

無料の通訳サービス。通訳を通して日本語で文書を読み上げてもらうことができます。サービスの利用をご希望の方は、お手持ちの ID カードに記載されている番号、または 1-800-942-0854 へお電話ください。さらなる支援が必要な場合は、カリフォルニア州保険庁 1-800-927-4357 までお問い合わせください。

무료 통역 서비스. 통역자가 문서를 한국어로 읽어드릴 수 있습니다. 도움이 필요하시면, 귀하의 ID 카드에 있는 번호나 1-800-942-0854 로 전화하십시오. 다른 도움이 필요하시면, 전화번호 1-800-927-4357 로 캘리포니아 보험국에 연락하여 주십시오.

Бесплатные услуги устного перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, который прочитает вам документы на русском языке. Чтобы получить помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке, если у вас она есть, либо по номеру 1-800-942-0854. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в горячую линию Департамента страхования (CA Dept. of Insurance) 1-800-927-4357.

Libreng serbisyo sa pagsasalin. Maaari kang kumuha ng tagasalin para basahin sa iyo ang mga dokumento sa wikang Tagalog. Para ikaw ay matulungan, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, kung mayroon man, o sa numerong 1-800-942-0854. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa numerong 1-800-927-4357.

Dịch vụ thông dịch miễn phí. Quý vị có thể tìm một thông dịch viên và nhờ đọc các tài liệu này cho quý vị bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, gọi cho chúng tôi tại số nêu trên thẻ ID của quý vị, nếu có, hoặc 1-800-942-0854. Để được giúp đỡ thêm gọi cho Ban Bảo Hiểm CA tại số 1-800-927-4357.

لا تتوفر خدمات ترجمة بتكلفة. يمكنك الاتصال بمترجم والحصول على خدمة قراءة المستندات باللغة العربية. للمساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو اتصل بالرقم 1-800-942-0854. ولمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمينات التابع لـ CA على الرقم 1-800-927-4357.

سرویس های ترجمه رایگان. شما می توانید مترجم و اسنادی را به زبان فارسی برای مطالعه دریافت کنید. برای راهنمایی،از طریق شماره درج شده در کارت شناسایی خود (در صورت وجود) یا شماره 1-800-942-0854 با ما تماس بگیرید. برای راهنمایی بیشتر با بخش بیمه کالیفرنیا 1-800-927-4357 تماس بگیرید.

بلا معاوضہ مترجم دی خدمات مل سکدی اے۔ تُسی ایک مترجم دی خدمات حاصل کرسکدے او جو توڈے واسطے دستاویزات پنجابی وچ پڈ سکدا اوے۔ مدد واسطے اپڑیں آئی ڈی کارڈ، گر ہو تو، دے وچ نمبر یا 1-800-942-0854 پہ کال کرو۔ آگے مزید مدد واسطے اے نمبر 1-800-927-4357 پہ سی اے ڈیپارٹمنٹ برائے انشورنس نال گال کرو۔