보건복지부
캘리포니아 공중 보건국

의료비 자기부담금 청구서 양식

제출자는 섹션 가 와 나 를 작성해야 합니다. 이 청구 양식과 지원 문서(혜택 설명 및 인보이스)는 Pool Administrators, Inc. (PAI)로 보내야 합니다. 이 양식 제출에 관해 질문이 있으시면 (877) 495-0990으로 PAI 고객 서비스에 문의하세요.

전자적으로: 지불자 ID: PAI02
팩스: (860) 560-8225
이메일: CDPH_MBM_Fax@pooladmin.com
우편 정보: PAI-CDPH, 628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033

가 피보호자 정보

이름: _____ 성: _____

생년월일: _____ 피보호자 ID 번호: _____

피보호자 우편주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

나. 서비스 및 제공자 정보

서비스 날짜: _____ 피보호자의 자기부담 비용 금액: _____

제공자 이름: _____ 전화 번호: _____

서비스 유형 (하나 선택):
PrEP 또는 주사제 약물 청구 제출은 해당 없음

- ☐ 연구
- ☐ 방사선과/엑스레이/영상
- ☐ 제공자 방문
- ☐ 기타 (구체적으로 기재하세요): _____
- ☐ 응급/긴급 치료
- ☐ 치과
- ☐ 안과

다. 등록 담당자 정보

이름: _____ 전화번호: _____ 이메일: _____

보다 빠른 처리를 위해 이 청구서와 함께 모든 증빙 서류(혜택 설명서 및 인보이스)를 PAI에 포함하세요.