



Formulario de reclamación de gastos médicos de bolsillo (MOOP)

El interesado debe cumplimentar las secciones A y B. Este formulario de reclamación Y la documentación de apoyo (explicación de los beneficios y una factura) deben enviarse a Pool Administrators, Inc. (PAI). Si tiene alguna pregunta sobre el envío de este formulario, póngase en contacto con el servicio de Atención al Cliente de PAI llamando al (877) 495-0990.

Vía electrónica: Número de identificación del pagador: PAI02

Fax: (860) 560-8225

Correo electrónico: CDPH_MBM_Fax@pooladmin.com

Correo postal: PAI-CDPH, 628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033

A. Información del cliente

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación del cliente: _____

Dirección del cliente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

B. Información del servicio y el proveedor

Fecha del servicio: _____

Importe del costo de los gastos de bolsillo del cliente: _____

Nombre del proveedor: _____ Número telefónico: _____

Tipo de servicio (seleccionar uno):

N/A para el PrEP o para la presentación de reclamaciones de medicamentos inyectables

Análisis de laboratorio

Radiología/Rayos X/Imágenes

Visita al proveedor

Otro (especificar): _____

Atención de urgencia/emergencia

Dental

Vista

C. Información del trabajador de inscripción

Nombre: _____ Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Para agilizar el procesamiento, no olvide incluir toda la documentación de apoyo (explicación de los beneficios y una factura) junto con este formulario de reclamación a PAI.