CDPH

Ahensya para sa Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao
Kagawaran ng Pampublikong Kalusugan ng California

Form ng Paghahabol (Claim) para sa Medikal na Gastusing Hinuhugot sa Sariling Bulsa

Dapat kumpletuhin ng nagsumite ang Seksyon A at B. Ang form ng paghahabol na ito AT sumusuportang dokumentasyon (Paliwanag ng Mga Benepisyo at isang invoice) ay dapat ipadala sa Pool Administrators, Inc. (PAI). Kung mayroon kang anumang mga katanungan tungkol sa pagsusumite ng form na ito, makipag-ugnayan sa Customer Service ng PAI sa (877) 495-0990.

Sa elektronikong paraan: ID ng Nagbabayad (Payer): PAI02
Fax: (860) 560-8225
Email: CDPH_MBM_Fax@pooladmin.com
Mail: PAI-CDPH, 628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033

A. Impormasyon ng Kliyente

Pangalan: _____ Apelyido: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____ Numero ng ID ng Kliyente: _____

Address para sa Koreo ng Kliyente: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

B. Impormasyon hinggil sa Serbisyo at Tagapagkaloob

Petsa ng Serbisyo: _____ Halaga ng Gastusing hinuhugot sa Sariling Bulsa ng Kliyente: _____

Pangalan ng Tagapagkaloob: _____ Numero ng Telepono: _____

Uri ng Serbisyo (pumili ng isa):
N/A sa mga Pagsusumite ng Paghahabol para sa PrEP o Injectable na Gamot

- ☐ Lab
- ☐ Radiology/X-ray/Imaging
- ☐ Pagbisita ng Tagapagkaloob
- ☐ Iba pa, (pakitukoy): _____
- ☐ Pang-emerhensiyang/Agarang Pangangalaga
- ☐ Dental
- ☐ Paningin

C. Impormasyon ng Kawani sa Pag-enrol

Pangalan: _____ Numero ng Telepono: _____ Email: _____

Para sa mas mabilis na pagproseso, tiyaking isama sa isusumite sa PAI ang lahat ng sumusuportang dokumentasyon (Paliwanag ng Mga Benepisyo at isang invoice) kasama ang form ng paghahabol na ito.