CDPH

Cơ Quan Dịch Vụ Y Tế và Nhân Vụ
Sở Y Tế Công Cộng California

Mẫu Đơn Yêu Cầu Hoàn Tiền Chi Phí Y Tế Tự Chi Trả

Đương đơn phải điền thông tin vào Phần A và Mục B. Mẫu đơn yêu cầu này CÙNG với tài liệu chứng minh (Giải Thích Về Quyền Lợi và Hóa Đơn) phải được gửi đến Pool Administrators, Inc. (PAI). Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về việc nộp mẫu đơn này, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng của PAI theo số (877) 495-0990.

Gửi điện tử: ID Người Thanh Toán: PAI02
Fax: (860) 560-8225
Email: CDPH_MBM_Fax@pooladmin.com
Thư: PAI-CDPH, 628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033

A. Thông Tin Khách Hàng

Tên gọi: _____ Họ: _____

Ngày sinh: _____ Số ID Khách Hàng: _____

Địa Chỉ Thư Tín Của Khách Hàng: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

B. Thông Tin Về Dịch Vụ Và Nhà Cung Cấp Dịch Vụ

Ngày Cung Cấp Dịch Vụ: _____ Số Tiền Chi Phí Tự Chi Trả Của Khách Hàng: _____

Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ: _____ Số điện thoại: _____

Loại Dịch Vụ (chọn một):
Không Áp Dụng Cho Các Yêu Cầu Hoàn Tiền Thuốc Dự Phòng Trước Phơi Nhiễm Hoặc Thuốc Tiêm.

- ☐ Phòng Xét Nghiệm
- ☐ X-Quang/Chụp X-Quang/Chẩn Đoán Hình Ảnh
- ☐ Thăm khám của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ
- ☐ Khác (vui lòng nêu rõ): _____
- ☐ Cấp Cứu/Chăm Sóc Khẩn Cấp
- ☐ Nha Khoa
- ☐ Nhãn Khoa

C. Thông Tin Về Nhân Viên Ghi Danh

Tên: _____ Số điện thoại: _____ Email: _____

Để được xử lý nhanh hơn, vui lòng bảo đảm gửi kèm tất cả tài liệu chứng minh (Giải Thích Về Quyền Lợi và Hóa Đơn) cùng với mẫu đơn yêu cầu này đến PAI.