CDPH

卫生与公众服务部
加州公共卫生部

医疗自付费用申请表

提交人必须完成A部分和B部分。此申请表及证明文件（福利说明和发票）必须发送至Pool Administrators, Inc.(PAI)。如果您对此表格的提交有任何疑问，请联系PAI客户服务，电话：(877) 495-0990。

电子方式：付款人ID：PAI02
传真：(860) 560-8225
电子邮件：CDPH_MBM_Fax@pooladmin.com
邮寄地址：PAI-CDPH, 628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033

A.客户信息

名：_____姓：_____

出生日期_____：客户身份号码：_____

客户邮寄地址：_____

城市：_____州：_____邮编_____：

B.服务和提供者信息

服务日期：_____客户自付费用金额：_____

提供者姓名：_____电话号码：_____

服务类型（选择一项）：
不适用于PrEP或注射药物申请

☐化验
☐放射/X光/影像
☐医疗提供者就诊
☐其他（请说明）：_____
☐急诊/紧急护理
☐牙科
☐视力

C.注册工作人员信息

姓名：_____电话号码：_____电子邮件：_____

为加快处理速度，请务必将所有证明文件（福利说明和发票）连同此申请表一并提交给PAI。 -