



Formulario de reclamación de gastos médicos, pagados por el cliente, de los Programas de Asistencia con Seguros de Salud

El remitente debe completar las secciones A y B. Este formulario de reclamación Y los documentos de respaldo (explicación de los beneficios y una factura) deben ser enviados a Pool Administrators, Inc. (PAI). Si tiene alguna pregunta sobre como enviar este formulario, contacte al Servicio de Atención al Cliente de PAI al (877) 495-0990.

De forma electrónica: Núm. de identificación del pagador:
 PAI02 Fax: (860) 560-8225
 Correo electrónico: CDPH_MBM_Fax@pooladmin.com
 Correo: PAI-CDPH-02, 628 Avenida Hebron, Suite 502, Glastonbury, CT 06033

A. Información del cliente

Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación del cliente: _____
 Dirección postal del cliente: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Reclamación conyugal Nombre: _____ Número de identificación del cliente: _____
 Idioma de preferencia: Inglés Español Otro: _____

B. Información del servicio y del proveedor

Tipo de servicio (seleccione uno):
 Laboratorio Radiología/radiografía/imagenología
 Visita del proveedor Emergencia/Atención de urgencia
 Otro (especifique): _____
 Fecha de servicio _____ Monto pagado por el cliente _____
 Nombre del proveedor _____
 Número de fax: _____ Número telefónico: _____

C. Información de registro del trabajador

Nombre: _____ Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

D. Solo para uso de Pool Administrators

Recibido por: _____ Fecha de recepción: _____ Fecha actualizada: _____

Comentarios de Pool Administrators (Marque todo lo que corresponda):

Aprobado
 Fecha de pago PAI: _____ Monto del pago: _____
 Número de cheque PAI: _____ Línea de memo del cheque: _____
 Razón de la negación: _____
 Razón pendiente: _____
 Razón de la apelación: _____

Fecha de recepción: _____ Fecha de respuesta: _____