SURPLUS 팩스 의료비 청구서

Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-931y (K) 03/02/2023

안녕하십니까?

Surplus 팩스(S-Fax)는 잉여 금액을 충족하기 위한 의료비 청구서를 팩스로 제출하는 안전하고 확실한 방법입니다. 불필요한 지연을 막기 위해 모든 요청된 정보를 포함하는지 확인하십시오. 수락 통지서에서 케이스 번호, CIN 및 월간 잉여 금액을 파악할 수 있어야 합니다. 본 정보를 파악할 수 없는 경우 HRA Medicaid Helpline에 1-888-692-6116번으로 전화하여 쉽게 도움을 줄 수 있는 담당자에게 문의하십시오.

본 양식을 작성하고 **모든 의료비 청구서(지급 및/또는 비지급)를 팩스로** 의료 지원 프로그램 중앙 잉여금 부서(Medical Assistance Program Centralized Surplus Unit)에 917-639-0645번으로 보내주십시오.

Medicaid 사무실에 현금, 수표 또는 송금환을 보내지 마십시오. 지불하려는 제공자로부터 청구서를 받은 경우, 해당 지불금을 직접 제공자에게 지불하십시오.

케이스 이름	케이스 번호	CIN
주소		전화번호

수취인: 의료 지원 프로그램 (Medical Assistance Program) 중앙 잉여금 부서(Centralized Surplus Unit)	**팩스 번호 ➔ 917-639-0645**	본 통지서를 포함한 페이지 수 _____

청구서 종류	금액
합계	

현재 월간 잉여 금액: $_____ **요청된 보장 개월:** _____

참고: 의료비 청구서의 검토 및 승인 시 의료 보장 자격이 되는 기간을 요약한 결정 통지서를 받게 됩니다.

고객 서명: _____ **일자:** _____

의학적 또는 정신적 상태나 장애가 있으십니까? 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 이러한 상태로 인해 HRA에서 기타 서비스를 받기 어려우십니까? **저희가 도와 드리겠습니다.** 888-692-6116 번으로 전화하십시오. HRA 사무소를 방문하실 때 도움을 요청하셔도 됩니다. 해당 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.