

Learning With Purpose



College and Career Ready

애나하임 통합 고등학교 교육구

목적있는 배움: 대학교 커리어 준비

학부모 포털

의료 보험 정보 입력 지침

교육과 정보 기술부

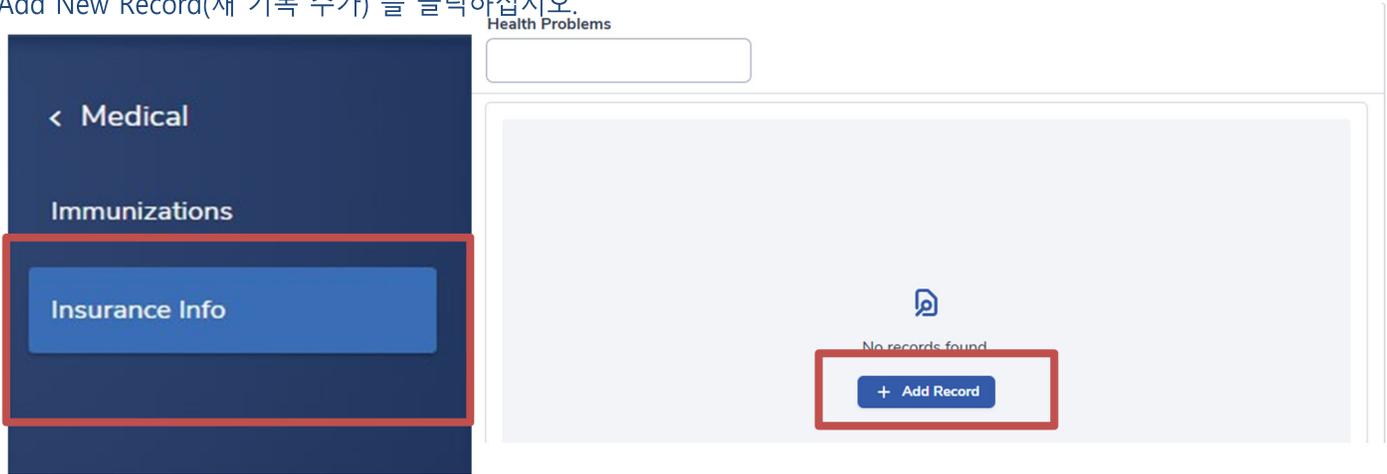
2025

Version 2.0

의료 보험 정보 입력하기

데이터 확인(Data Confirmation)을 완료하신 후, 학생의 의료 보험 정보를 업데이트 하는 것이 매우 중요합니다.

귀하는 의료 보험 정보를 업데이트하기 위해 "Medical" 탭을 클릭하십시오. 그리고 "Insurance info"를 선택하십시오. "Add New Record(새 기록 추가)"를 클릭하십시오.



1. 귀하의 보험 정보를 입력하려면 아래 해당란에 보험사명, 회원 ID, 그룹 ID*, 보험 가입자의 이름과 성을, 보험 효력일을 입력하십시오. 화면을 종료하기 전에 저장 아이콘을 클릭하십시오.

The 'Add Record' form is divided into two main sections. The left section contains input fields for: Insurance Type (dropdown), Insurance Carrier, Group Number, Policy Number, Effective Date (calendar icon), Expiration Date (calendar icon), Member ID, Primary Coverage (toggle), Medicaid (Medi-Cal)? (toggle), Primary Care Provider Name, Primary Care Provider Phone, Subscriber First Name, Subscriber Last Name, Subscriber Street Address, and Subscriber Street Address 2. The right section is a preview of the insurance information, including: Insurance company (with a star icon), Member name: Jane Doe, Plan type: HMO, Member number: XXX XXX XXX, Effective date: 1/1/24, Group number: XXX XXX XXX, PCP3 copay: \$15.00, Specialist copay: \$15.00, Emergency room copay: \$15.00, Prescription group #: 123456789, Prescription copay: \$15.00 Generic, \$25.00 Name brand, and Member service: (800) XXX XXXX. Below the preview is the Medi-Cal logo and website information (caloptima.org). At the bottom of the form are 'Cancel' and 'Save' buttons, with 'Save' highlighted by a red box. Numbered callouts (1-4) point to specific fields: 1 points to Insurance Carrier, 2 points to Member ID, 3 points to Group Number, and 4 points to Effective Date.

에이리스 - 의료 보험 정보 (Insurance Information)

귀하가 "저장(Save)" 하신 후 다음과 같은 화면을 보게 될 것입니다.

Health Problems

Add Insurance  

Anthem Blue Cross - Medical Active

Insurance Type MED - Medical	Primary Coverage Yes	Effective Date 1/1/2025	Expiration Date --
Insurance Carrier AL0 - Anthem Blue Cross	Carrier Name --	Policy Number --	Member ID 78900000
Subscriber First Name Jane	Subscriber Last Name Doe	Subscriber Street Address --	Subscriber Street Address 2 --
Subscriber City --	Subscriber State --	Subscriber Zip --	Group Number 123456
Medicaid (Medi-Cal)? No	Benefits ID --	Primary Care Provider Name --	Primary Care Provider Phone --
Comments --			

Policy Number
or
Member ID
and/or
Benefits ID

*비고: 만약 귀하의 보험 카드에 그룹 ID 번호가 없다면, 이 칸은 공란으로 두시면 됩니다.