

NEGACIÓN DE LA ELECCIÓN PRESUNTA

Proveedor médico: _____ No de Identificación del Proveedor _____

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Este es un aviso para notificarle que usted no cumple con los requisitos de la elección presunta de Medicaid porque:

Usted puede ser elegible para recibir otros tipos de cobertura de Medicaid. Para llenar una solicitud comuníquese con:

_____ Departamento de Servicios Sociales del Condado

(____) _____ Número de teléfono

Firma