

# Cobertura del Seguro

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Sitio web/correo electrónico: \_\_\_\_\_

Medicaid (nombre de la ACO, si corresponde. Este es el nombre de la empresa sobre el nombre y la identificación de su hijo número en la tarjeta de Medicaid): \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Sitio web/correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): \_\_\_\_\_

Persona de contacto/cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Sitio web/correo electrónico: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Sitio web/correo electrónico: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Sitio web/correo electrónico: \_\_\_\_\_