

DENEGACIÓN DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Proveedor: _____

Número de NPI del proveedor: _____

Nombre de la paciente: _____

Fecha: _____

Le enviamos esta carta para notificarle que no cumple con los requisitos para la elegibilidad presunta para Medicaid porque _____

Quizás sea elegible para otros tipos de cobertura de Medicaid. Para solicitar cobertura, debe comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales del condado de _____

(____) _____ Número de teléfono

(____) _____ Número de fax

Firma