

Gentile Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Sebbene Lei risulti idoneo/a al programma Medicaid, è necessario effettuare ulteriori approfondimenti in merito a una possibile copertura dell'assicurazione sanitaria di terzi come fonte di pagamento per servizi prima della fatturazione da parte di Medicaid.

La preghiamo di compilare tutte le sezioni elencate nel Questionario di assicurazione sanitaria allegato nonché di inviarlo all'indirizzo di cui sopra.

La ringraziamo anticipatamente per la gentile collaborazione.

Distinti saluti,

\_\_\_\_\_