

\_\_\_\_\_님께:

우리가 귀하의 메디케이드 적격 여부를 입증했지만, 메디케이드에 청구되기 전 서비스에 대한 지급 출처로써 제3의 의료보험 보장범위가 있을 가능성을 조사해야 합니다.

첨부된 의료보험 설문지에 표시 된 모든란을 작성하고 이를 위주소로 보내주십시오.

협조해주셔서 감사합니다.

안녕히계십시오.

\_\_\_\_\_