

BEST KIDS CARE
4200 S. Lake Forest Dr. #100
McKinney, Tx. 75070
214-592-0356

COBERTURA DE SEGURO DE RECIEN NACIDO

ESTOY CONCIENTE DE QUE TENGO 30 DIAS PARA AGREGAR A MI BEBE A MI SEGURO.

ENTIENDO QUE MI ELIGIBILIDAD PARA LA COBERTURA (NOMBRE DE COBERTURA) _____NO PUEDE SER CONFIRMADA EN ESTE MOMENTO, YO DESEO RECIBIR SERVICIO MEDICO Dr. MASOUD ALMASI.

SI SE DETERMINA QUE NO SOY ELIGIBLE PARA LA COBERTURA. ENTIENDO QUE YO SERE RESPONSABLE POR EL PAGO DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS.

YO TAMBIEN ENTIENDO QUE SI MI SEGURO HA TERMINADO, Y NO HAN PROPORCIONADO A **MASOUD ALMASI, MD. PA** EN EL PLAZO DE 10 DIAS DE NUEVA COBERTURA DE SEGURO, YO SERE RESPONSABLE DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS.

NOMBRE DEL NINO (A): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL SEGURO: _____

NUMERO DE TELEFONO DEL SEGURO: _____

FIRMA DEL TUTOR LEGAL: _____

FECHA: _____