



Thông báo gửi
Sở Dịch vụ Trợ cấp Y tế
(Department of Medical Assistance Services - DMAS)
Gia đình từ chối cho gửi hóa đơn yêu cầu bảo hiểm
tự thanh toán

Cha (mẹ) của _____ (tên của trẻ) đã từ chối sử dụng
bảo hiểm y tế/bảo hiểm sức khỏe tư của họ để trả chi phí các dịch vụ can thiệp sớm
được bao trả.

Tên của đại diện hệ thống phần C tại địa phương

Chữ ký của đại diện hệ thống phần C tại địa phương

Ngày