



Fecha:

Trabajador de casos:

Dirección y teléfono de la oficina:

Nombre y dirección del cliente o del representante autorizado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Necesitamos pruebas de que usted recibió servicios dentales.**

Nombre del cliente:	Número de cliente:
Nombre y dirección del lugar de atención donde vive el cliente:	
Nombre y dirección del proveedor de servicios dentales:	

**Necesitamos saber si recibió** \_\_\_\_\_ .

Si usted recibió estos servicios dentales, podemos restar (descontar) el costo de lo que paga por la atención. A esto se le llama "deducción de gastos médicos efectuados". No podemos hacerlo hasta que recibamos esta forma.

**¿Recibió usted estos servicios?**

Tenemos que asegurarnos de que usted recibió estos servicios. Llene lo siguiente:

Sí, recibí los servicios mencionados antes. Los recibí el \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .  
Fecha (mm/dd/aaaa)

No, no recibí los servicios mencionados antes.

**Firme y escriba la fecha.**

_____	_____ / _____ / _____
Firma del cliente o del representante autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)