

Laborers and Operating Engineers Utility Agreement Trust Funds for Arizona

HEALTH AND WELFARE

ADMINISTRATIVE OFFICE

VACATION

2400 W. Dunlap Ave., Suite 250
Phoenix, AZ 85021
(602) 249-3582

Fecha: _____

SS#: _____
Medico/Hospital: _____
Paciente: _____
Fecha de Consulta: _____

Estimado Participante:

Para poder procesar cobros para dicho paciente, sera necesario proveer la siguiente información:

1. Favor de proveer información referente el padre/madre natural del mencionado paciente:

a) Nombre: _____

b) Fecha de Nacimiento: _____

c) Compañia y Numero de teléfono donde el/ella trabaja: _____

d) El/Ella recibe seguro medico/dental para sus dependientes? _____

e) Los padres naturales viven juntos? _____

f) Si los padres naturales no viven juntos, alguna vez estuvieron legalmente casados? _____

g) Si los padres naturales no viven juntos, el otro padre se a vuelto a casar? _____

2. Favor de someter una copia del certificado de nacimiento del mencionado paciente.

3. Si los padres naturales se divorciaron, favor de someter una copia de la primera y la ultima pagina de su acta de divorcio y tambien incluya la pagina que indica cual padre fue ordenado por la corte de proveer seguro medico/dental para los niños.

4. Favor de someter una copia de su acta de matrimonio.

Por favor envíe esta carta con la información solicitada para evitar mas retrasos con sus cobros.

Atentamente,
Departamento de Atención al Cliente