



Chrissy Fowler
Director, División de Medición del Índice de Error
Grupo de Cumplimiento al Proveedor
Centros de Servicios de Medicare & Medicaid
1510 East Parham Road
Henrico, VA 23228

Estimada Sra. Fowler:

Debido a circunstancias extenuantes fuera de mi control, no podré proporcionar la documentación y expediente médico requeridos para justificar la reclamación hecha al programa de Medicare, número de CID _____ (favor de incluir el número).

Certifico que el expediente médico fue:

- completamente destruido en _____ (favor de incluir la fecha)
 - parcialmente destruido en _____ (favor de incluir la fecha)
- Sin embargo, estoy proveyendo parte del expediente medico.

La documentación y el expediente medico fueron destruídos por:

- inundación
- fuego
- huracán
- otra _____.

Adjunto la evidencia por inundación/fuego/huracán/otra

- copia del cheque provisto por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)
- carta de la compañía de seguros de propiedad
- otra _____.

Bajo pena de perjurio, declaro que, según mi mejor conocimiento y entendimiento, la información provista es verídico, correcto y completo.

Firma: _____

Nombre Completo: _____

Fecha de la firma: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Occupación: _____

Número de teléfono: _____