



## Carta de Cobertura

**De:** Clariann  
**Atención:** Yoliet Guzman  
**Proveedor:** Hospital Bautista de Nicaragua  
**Teléfono:**  
**Fax:**

<b>Poliza:</b>	1MU17-24896
<b>Plan:</b>	Mundial
<b>Fecha de Efectividad:</b>	3/15/2017
<b>Expiración Cobertura:</b>	3/14/2022
<b>Primario:</b>	Jairo Ruiz Guevara
<b>Paciente:</b>	Rosa Maria Vidaurre Arias
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	1/23/1981
<b>Fecha de Envío:</b>	3/18/2021

Cobertura: Para información de cobertura contactar 305.493.3071

**NOTE:**

- Cobertura Para Diagnóstico de: Chequeo General
- Cobertura Ginecología: \$46.00
- Fecha de servicio 18/3/2021
- Observaciones: Para procesar la factura necesitamos factura original detallada y notas de consulta, esto dentro de los 90 días desde la fecha de servicio.

Este programa es un programa médico internacional con beneficios específicos, condiciones y exclusiones. CLARIA debe ser notificada de cualquier admisión hospitalaria y cirugías. Observe por favor que:

1. La cobertura de seguro estará conforme a los términos, condiciones y exclusiones descritas en la póliza.
2. Beneficios actuales elegibles son determinados al recibir el detalle final de la cuenta.
3. Facturas: Siempre se necesita factura detallada y original e historial médico completo para procesar pagos.

**Dirección de envío:** Claria Life an Health Ins. Co.  
Attn: Claims Dept. 801 NE 167th Street 2nd Floor  
North Miami Beach, FL 33162  
Tel: 305-493-3071 Fax: 305-493-3078

