

Formulario de reclamación de cuidado de rutina del niño

Coordinador del programa de Family Assistance C.A.R.E.: (Tel.) 1-800-462-1120

Nombre del padre/madre o tutor legal: _____

No de Seguro social del padre/madre o tutor legal: _____

Compañía de seguro médico: _____

Recuerde: Usted no tiene que pagar esta cuenta. MassHealth puede pagarle directamente a su médico.

Llene una sección a continuación para cada cantidad de copago, de deducible o de coseguro. Adjunte una copia de la cuenta, o si pagó la cantidad, una copia del recibo que muestre cuánto pagó.

Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita
Tipo de visita (marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Examen de la audición <input type="checkbox"/> Examen de la vista	¿Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita
Tipo de visita (marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Examen de la audición <input type="checkbox"/> Examen de la vista	¿Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita
Tipo de visita (marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Examen de la audición <input type="checkbox"/> Examen de la vista	¿Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita
Tipo de visita (marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Examen de la audición <input type="checkbox"/> Examen de la vista	¿Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita
Tipo de visita (marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Examen de la audición <input type="checkbox"/> Examen de la vista	¿Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita
Tipo de visita (marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Examen de la audición <input type="checkbox"/> Examen de la vista	¿Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita
Tipo de visita (marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Examen de la audición <input type="checkbox"/> Examen de la vista	¿Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita
Tipo de visita (marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Examen de la audición <input type="checkbox"/> Examen de la vista	¿Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita
Tipo de visita (marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Examen de la audición <input type="checkbox"/> Examen de la vista	¿Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad

Cuando complete este formulario, envíelo junto con una copia de la cuenta o recibo por cada reclamación en el sobre que está en su paquete. Si no tiene un sobre en su paquete, envíe la reclamación a:

MassHealth, BC & R, Family Assistance C.A.R.E. Coordinator, P.O. Box 120068, Boston, MA 02112.

Commonwealth of Massachusetts ■ Executive Office of Health and Human Services ■ Office of Medicaid