

Formulario de reclamación del máximo de 5% Mi máximo de 5% es: _____

Coordinator del programa 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: _____

Use este formulario para 1) llevar control de los servicios médicos de sus niños para demostrar que ha alcanzado el máximo de 5%; y 2) cobrar a MassHealth por los copagos, deducibles y coseguro una vez que haya alcanzado su máximo de 5%. Complete un renglón para cada cuenta o recibo de copago, deducible o coseguro. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales del formulario de reclamaciones. Para obtener más información, vea el folleto en su Paquete de información C.A.R.E.

Cantidad de copago, coseguro o deducible

Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				→ \$ _____
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				→ \$ _____
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				→ \$ _____
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				→ \$ _____
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				→ \$ _____
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				→ \$ _____
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				→ \$ _____

Total general: _____ **Página 1 de** _____ **Cantidad total de esta página:**

Envíe el formulario (o los formularios) de reclamación y una copia de cada recibo o cuenta 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

Nombre del padre/madre o tutor legal: _____

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

Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				
Nombre del niño	Número de Seguro social del niño	Fecha de la visita	Pagó usted esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	→ \$ _____
Nombre y dirección postal del proveedor de cuidado médico				

Total general:

Cantidad total de esta página: