# 妊娠通知

请务必完整地填写本表，包括预期分娩的孩子人数、预产期和会员签名。

## 第 1 步　请告诉我们您的情况。请用大写字母填写。

| 名 | 中间名 | 姓 |
|---|---|---|
| 出生日期 | 参考 ID（选择填写） | |
| 社会安全号码 | MassHealth ID（选择填写） | |
| 邮寄地址 | | |

## 第 2 步　请阅读和签署本表。

妊娠是在过去三个月终止的吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答“是”，什么时候？　　如果回答“否”，您目前预期会分娩几个孩子？

您的预产期是哪一天？

您是否有最近三个月的任何医疗费用账单？ ☐ 是 ☐ 否

如果有，MassHealth 可能能够帮助您支付其中部分账单费用。

如需报告新生儿，请电洽 MassHealth 客户服务中心，电话号码 (800) 841-2900，TDD/TTY: 711。

我在下方的签名表示，据我所知，本表中的所有内容均准确完整，如有不实，我愿受作伪证之处罚。**我了解我的户主（如果不是我本人）和任何指定的经授权代表将有权查阅本表中提供的信息。**

我知道，如果我在本表中提供不正确的信息，我的医疗保险可能会终止。

| 申请人、会员或经授权代表签名 | 日期 |
|---|---|
| | |

## 第 3 步　请用以下三种方法之一送回本已签名的表格。

**1. 传真：** (857) 323-8300

**2. 邮寄：** Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405, Taunton, MA 02780

**3. 亲自送交：**

**MassHealth 注册中心：**

529 Main Street
Charlestown, MA 02129

45 Spruce Street
Chelsea, MA 02150

100 Hancock Street, 1st Floor
Quincy, MA 02171

88 Industry Avenue, Suite D
Springfield, MA 01104

21 Spring Street, Suite 4
Taunton, MA 02780

367 East Street
Tewksbury, MA 01876

50 SW Cutoff, Suite 1A
Worcester, MA 01604

**有问题吗？**

请电洽 **Health Connector** 电话号码 (877) 623-6765，
或者请电洽 **MassHealth** 电话号码 (800) 841-2900。

**TDD/TTY: 711**