



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。

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。

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, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
3. 亲自送交:

MassHealth 注册中心:

45 Spruce Street
Chelsea, MA 02150

100 Hancock Street, 6th Floor
Quincy, MA 02171

The Schrafft Center
529 Main Street, Floor M
Charlestown, MA 02129

21 Spring Street, Suite 4
Taunton, MA 02780

367 East Street, Tewksbury, MA 01876

88 Industry Avenue, Suite D
Springfield, MA 01104

50 SW Cutoff, Suite 1A
Worcester, MA 01604

Health Connector 亲自注册中心:

133 Portland Street, Boston, MA 02114

63 Main Street, Brockton, MA 02301

146 Main Street, Worcester, MA 01608

有问题吗?

请电洽 Health Connector, 电话号码 (877) MA ENROLL, (877) 623-6765, TTY: (877) 623-7773。或者请电洽 MassHealth, 电话号码 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711。