# 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

中间名首字母

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？

您是否有过去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  
   PO 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  
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

## 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