

Notificación de embarazo

Por favor, asegúrese de que este formulario esté completo, incluido el número de bebés que está esperando, la fecha prevista del parto y la firma de la persona afiliada.

| PASO 1 | Denos su información personal. Por favor, escriba en letra de imprenta. | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre | Inicial del 2.º nomb | re Apellido/s | |
| Fecha de nacimiento | | ID de ref. (opcional) | |
| Número de Seguro Social | | ID de MassHealth (opcional) | |
| Dirección postal | | | |
| PASO 2 | Lea este formulario y fírmelo |) <u>.</u> | |
| ¿Ha finalizado el embarazo en los tres últimos meses? Sí No | | | |
| Si contestó "Sí", ¿cuándo? Si contestó "No", ¿cuántos bebés está esperando? | | | |
| ¿Cuál es la fecha previs | sta del parto? | | |
| ¿Tiene usted facturas médicas de los últimos tres meses? Sí No | | | |
| Si las tiene, es posible que MassHealth pueda ayudarle a pagar algunas de esas facturas. | | | |
| Para informar el nacimiento de un bebé, llame al Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900; TDD/TTY: 711. | | | |
| a mi leal saber y entend | n, juro bajo pena de perjurio que todo der. <mark>Entiendo que el jefe de mi hog</mark> a acceso a la información provista er | ar (en caso de no ser yo) y t | · |
| Entiendo que, si presento información incorrecta en este formulario, mi cobertura del seguro de salud podría finalizar. | | | |
| Firma del solicitante, afiliado o representante autorizado | | Fecha | |
| | | | |
| PASO 3 | Firme este formulario y envíd | elo de una de estas tres i | maneras. |
| 1. Por fax: | (857) 323-8300 | | |
| 2. Por correo postal: 3. Personalmente: | Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405, Taunton, MA 02780 | | |
| Centros de Inscripción | de MassHealth | | |
| 529 Main Street Charlestown, MA 021 | 88 Industry Aven Springfield, MA (| * | East Street ksbury, MA 01876 |
| 45 Spruce Street Chelsea, MA 02150 | 21 Spring Street, Taunton, MA 027 | | SW Cutoff, Suite 1A cester, MA 01604 |
| 100 Hancock Street, Quincy, MA 02171 | 1st Floor | | |

