Formulario de Reclamo del 5% Máx.

Mi gasto de bolsillo máximo es: _____

CHIP: (801) 538-9004 ó 1-866-772-1261

Nombre del Padre/Mentor: _____ Número de Caso: _____

Compañía de Seguro Médico: _____

Utilice este formulario para llevar un registro de los servicios médicos de sus hijos para demostrar que ha alcanzado el máximo de sus gastos de bolsillo. Una vez que llegue a dicho máximo, presente este formulario al Children's Health Insurance Program (CHIP). Complete una línea para cada copago o coseguro que se pague. Se adjuntan páginas adicionales de formularios de reclamo por si no le alcanza el espacio. No es necesario presentar recibos, pero consérvelos para su registro.

Los formularios de reclamo se pueden presentar hasta un año después del fin del año del plan en el cual se incurrió en los gastos. El año del plan comienza el 1 de julio y finaliza el 30 de junio.

Nombre del niño	**Fecha de Consulta (Visita)**	**¿Usted pagó esta factura?**	**Nombre y domicilio postal del proveedor de atención médica**	**Importe del copago o coseguro**

Total general: _____ Página 1 de _____ Importe total de esta página: _____

Envíe el formulario/s de reclamo a:

Children's Health Insurance Program, Box 144102, Salt Lake City, Utah 84114-4102