CHIP
Asegurando a los Niños de Utah

Formulario de Reclamo de Máximo de su Bolsillo

El máximo de mis gastos de bolsillo es: $_____
Nombre del padre, madre o tutor: _____
Planes de Salud y Dental: _____

Le ofrecemos este formulario para ayudarlo a mantener un registro de los servicios médicos y dentales de sus hijos. Una vez que llega al máximo de sus gastos de bolsillo, devuelva este formulario a CHIP (vea a continuación). Complete una línea para cada co-pago o seguro compartido que tenga. No necesitará presentar comprobantes de pago, pero guárdelos para su benificio.

Usted podrá presentar formularios de reclamo hasta un año después de que haya finalizado el plan anual en el cual se realizó el gasto.

Nombre del niño/niña	Fecha de visita o reclamo	¿Pagó usted esta factura? Si/No	Proveedor de atención médica/Nombre y Dirección	Cantidad de Co-pagos o seguros compartidos
			Subtotal en esta página	

Total (de todas las páginas) $_____

Envíe el formulario a:
CHIP, PO Box 143107, SLC, UT 84114-3107
Fax: 801-538-6952
E-mail: chip@utah.gov

Nombre del niño/niña	Fecha de visita o reclamo	¿Pagó usted esta factura? Si/No	Proveedor de atención médica/Nombre y Dirección	Cantidad de Co-pagos o seguros compartidos
			Subtotal en esta página	

Return form to:
CHIP, PO Box 143107, SLC, UT 84114-3107
Fax: 801-538-6952
E-mail: chip@utah.gov