

*Al Servicio del Programa
MassHealth**

Formulario de Reclamos Dentales para Miembros de MassHealth

DEVOLVER EL FORMULARIO A:

MassHealth Dental Program
Attention: Intervention Services
P.O. Box 9708
Boston, MA 02114-9708

Si tiene dudas con relación a este formulario o a cómo completarlo, llame a Servicios de Intervención al 800-207-5019.

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Parentesco con el Miembro: _____

Fecha en que se Produjo el Problema: _____

Información del Miembro:

Nombre del Miembro: _____

Número de ID de MassHealth _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Información del Proveedor:

Nombre del Proveedor Involucrado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono del Consultorio: _____

Explique con sus propias palabras lo ocurrido (adjunte páginas adicionales, si es necesario):

Incluya una copia de cualquier factura u otros documentos relacionados con su reclamo.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Imprenta:

MassHealth confirmará recepción del Reclamo por escrito dentro de los diez (10) días laborales de haber recibido el Reclamo. Recibirá una resolución por escrito dentro de los treinta (30) días de la fecha en que MassHealth haya recibido su Reclamo en primera medida.