

*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.

*\* Doral Dental USA, LLC es subcontratistas de Dental Service of Massachusetts, Inc.*