



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 144102, SLC, UT 84114-4102  
**Fax:** 801-538-6860  
**E-mail:** chip@utah.gov