Attachment A: UNREIMBURSED MEDICAL, DENTAL & VISION CARE EXPENSES

Anexo A: GASTOS MÉDICOS, DENTALES Y RELACIONADOS CON LA VISTA NO REEMBOLSADOS

Submitted by: _____
(*Presentado por:*) **your name /** *(su nombre)*

Case Number:/*(Número de caso:)* _____

Father's Name:
(Nombre del padre:) _____

Father's share of all unreimbursed expenses listed on this sheet is:
(La parte del padre de todos los gastos no reembolsados indicados en esta hoja es:) _____

Mother's Name:
(Nombre de la madre:) _____

Mother's share of all unreimbursed expenses listed on this sheet is:
(La parte de la madre de todos los gatos no reembolsados indicados en esta hoja es:) _____

Total:/*(Total:)* **100%**

Date of Service (oldest-first) *(Fecha del servicio) (más antiguo primero)*	**Name of Health Care Provider** *(Nombre del proveedor de servicios de cuidado de la salud)*	**Total Amount of Bill** *(Monto total de la factura)*	**Amount of Bill Paid by Insurance or 3rd Party** *(Monto de la factura pagada por el seguro o un tercero)*	**Amount of Bill Paid by Father** *(Monto de la factura pagada por el padre)*	**Amount of Bill Paid by Mother** *(Monto de la factura pagada por la madre)*	**Remaining Balance of Bill Due** *(Saldo de la factura adeudado)*	**Amount of Father's Remaining Responsibility** *(Monto restante responsabilidad del padre)*	**Amount of Mother's Remaining Responsibility** *(Monto restante responsabilidad de la madre)*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case Number:/*(Número de caso:)*_____

	Totals for This Sheet *(Totales de esta hoja)*	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**

Page/*(Página)* __ **Of**/*(de)* _____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED