



# PLAN DE SALUD DE MASSHEALTH FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services | www.mass.gov/masshealth

## Cómo inscribirse en un plan de salud

Use este formulario si usted es un afiliado de MassHealth menor de 65 años de edad y necesita elegir un plan de salud. También puede usar este formulario si usted es un afiliado actualmente inscrito en un plan de salud y necesita cambiar su plan de salud. Esta **NO** es una solicitud de MassHealth. Si usted necesita solicitar MassHealth, por favor visite [MAhealthconnector.org](http://MAhealthconnector.org).

Puede usar este formulario para elegir un plan de salud si usted o un miembro de su familia han sido aprobados para uno de los siguientes tipos de cobertura de MassHealth.

- **MassHealth Standard**
- **MassHealth CommonHealth**
- **MassHealth Family Assistance**
- **MassHealth CarePlus**

Como afiliado de MassHealth, podrían exigirle que elija un plan de salud. No todos los planes de salud podrían estar disponibles donde usted vive. Si usted no está seguro sobre cuáles planes de salud están disponibles en su área, por favor visite "Enroll in a Health Plan" (Inscribirse en un plan de salud) en:

[www.mass.gov/eohhs/consumer/insurance/enroll-in-a-health-plan/enroll-in-a-health-plan.html](http://www.mass.gov/eohhs/consumer/insurance/enroll-in-a-health-plan/enroll-in-a-health-plan.html)

## ¿Cómo me inscribo?

Para inscribirse, simplemente elija un plan de salud para cada afiliado elegible. Usted también podría seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP lo ayudará a coordinar su atención médica. Su PCP también puede referirlo a un especialista cuando lo necesite.

Si no selecciona un PCP, su plan de salud elegirá uno por usted. Puede cambiar su PCP en cualquier momento.

**Si se inscribe en un Plan PCC (Plan del Clínico de Atención Primaria), usted debe seleccionar un PCP.**

Es posible que su plan no acepte a todos los médicos. Si usted no sabe si su plan de salud acepta a su médico, por favor comuníquese con su plan.

Usted puede inscribirse en un plan de salud tan pronto como haya sido aprobado para uno de los tipos de cobertura de MassHealth nombrados anteriormente. **Si no selecciona un plan, MassHealth elegirá uno por usted.**

Para inscribirse, complete este formulario de inscripción y envíelo por correo a:

MassHealth Program  
P.O. Box 120045  
Boston, MA 02112-9912

<b>Información del afiliado</b>		Nombre	Apellido	
ID de MassHealth		Últimos 4 dígitos del SSN		
Dirección				
Ciudad		Estado	Código postal	Teléfono
<b>Información del plan</b>	Plan de salud			
Médico o centro de salud			Dirección	
Ciudad		Estado	Código postal	Teléfono del médico
<b>Seguro de salud que no sea MassHealth</b>	Seguro de salud			
ID de la póliza			Titular de la póliza	
Marque el que corresponda: <input type="checkbox"/> Inscripción nueva				
<input type="checkbox"/> Cambio o transferencia de inscripción				
Motivo de la transferencia _____				

## ¿Tiene preguntas?

Por favor visite nuestro sitio web en [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth) o llame al representante del Servicio al cliente de MassHealth al **1-800-841-2900**. Para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla, por favor llame al TTY al **1-800-497-4648**.