

保健计划注册或更换表



COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS | Executive Office of Health and Human Services

本表适合您吗?

MassHealth 计划的某些会员需要注册一项保健计划。如果您符合以下条件,请填写本表:

- 年龄在 65 岁以下
- 没有其他保险 (包括 Medicare)
- 住在社区内 (例如, 不住在护理设施内), 并且
- 已参加 MassHealth Standard、CommonHealth、CarePlus 或 Family Assistance。

注册或更换保健计划

如需注册或更换保健计划, 请选择在您的居住地提供的一项计划。您必须选择一位初级保健医生 (PCP)。请注意: 如果您不选择保健计划, MassHealth 将为您选择一项计划。如果您选择一项保健计划, 但未选择 PCP, 保健计划将为您指定一位 PCP。

-  请在以下网站了解在您所在地区提供的保健计划: www.MassHealthChoices.com
-  请在以下网站比较保健计划、查看您的 PCP 或查找 PCP: www.MassHealthChoices.com
-  请在以下网站注册或更换保健计划: www.MassHealthChoices.com

注册

这不是 MassHealth 申请表。如果您需要申请 MassHealth, 请进入网站 www.MAhealthconnector.org。

- 新保健计划注册
- 更换保健计划

会员信息 (请为每名家庭成员填写一份表格。)

名	姓	
MassHealth ID	社会安全号码 (SSN) 最后四位数	
地址	公寓号码	
城市	州	邮编
电话	电邮	

保健计划选择

初级保健医生 (PCP) 信息

PCP 姓名		
地址		
城市	州	邮编
电话		

如果您有 MassHealth 以外的医疗保险

医疗保险	
保单持有人	保单 ID



请将填妥的表格寄至: Health Insurance Processing Center
ATTN: Enrollment, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
传真: 617-988-8903