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