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

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

EF-MCO-ZH-CHS-0123