Formulário de inscrição ou de mudança do plano de seguro de saúde

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS | Executive Office of Health and Human Services

Este guia é para você?

Alguns membros do programa MassHealth precisarão se inscrever em um plano de saúde. Use este guia se você

- Tem menos de 65 anos
- Não tem outro seguro *(incluindo Medicare)*
- Mora na comunidade *(por exemplo, não em uma casa de repouso)* e
- Está inscrito no MassHealth Standard, CommonHealth, CarePlus ou Family Assistance.

Inscrever-se ou mudar de plano de saúde

Para se inscrever-se ou mudar de planos de saúde, escolha um plano disponível onde você mora. Você precisa escolher um provedor de cuidados primários (PCP). **Observação:** se você não escolher um plano de saúde, o MassHealth escolherá um plano para você. Se você escolher um plano de saúde, mas não escolher um PCP, o plano irá indicar um PCP para você.

Informe-se sobre os planos de saúde disponíveis na sua área em www.MassHealthChoices.com

Compare planos de saúde, verifique quem é seu PCP ou encontre um PCP em www.MassHealthChoices.com

Inscreva-se em um plano de saúde ou mude de plano de saúde em www.MassHealthChoices.com

Inscrição

*Este **NÃO É** um requerimento para se candidatar ao MassHealth. Se precisar se candidatar ao MassHealth, acesse www.MAhealthconnector.org.*	☐ **Nova** inscrição em plano de saúde ☐ **Mudar** de plano de saúde

Informações do membro *(Preencha um formulário para cada membro da família)*

Nome	Sobrenome	
ID do MassHealth	Quatro últimos dígitos do SSN	
Endereço		No. do apto.
Cidade	Estado	Zip
Telefone	E-mail	
Seleção do plano de saúde		

Informações do Provedor de Cuidados Primários (PCP)

Nome do PCP		
Endereço		
Cidade	Estado	Zip
Telefone		

Se o seu seguro de saúde não for o MassHealth

Seguro de saúde	
Titular da apólice	ID da apólice

Envie o formulário preenchido pelo correio para **Health Insurance Processing Center**
ATTN: Enrollment, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
Fax: 617-988-8903