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 para

Health Insurance Processing Center

ATTN: Enrollment

PO Box 4405

Taunton, MA 02780

Por fax: 617-988-8903

EF-MCO-PT-BR-0123