# Formulario para inscribirse o cambiar de plan de seguro de salud

MassHealth

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS | Executive Office of Health and Human Services

## ¿Es este formulario para usted?

Algunos afiliados del programa de MassHealth deberán inscribirse en un plan de seguro de salud. Use este formulario si usted

- Tiene menos de 65 años de edad
- No tiene otro seguro *(incluyendo Medicare)*
- Vive en la comunidad *(por ejemplo, no vive en un centro de enfermería)*, y
- Está en MassHealth Standard, CommonHealth, CarePlus o Family Assistance.

## Inscríbase o cambie de plan de seguro de salud

Para inscribirse o cambiar de plan de seguro de salud, elija un plan que esté disponible donde usted vive. Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP). **Por favor observe:** Si usted no elige un plan de seguro de salud, MassHealth elegirá uno por usted. Si elige un plan de seguro de salud, pero no elige un PCP, el plan le asignará un PCP a usted.

Infórmese sobre planes de seguro de salud disponibles en su área en www.MassHealthChoices.com

Compare planes de seguro de salud, busque su PCP o encuentre un PCP en www.MassHealthChoices.com

Inscríbase o cambie de planes de seguro de salud en www.MassHealthChoices.com

## Inscripción

*Esta **NO** es una solicitud para inscribirse en MassHealth. Si usted necesita solicitar MassHealth, visite www.MAhealthconnector.org.*

☐ **Nueva** inscripción en un plan de seguro de salud
☐ **Cambio** de plan de seguro de salud

## Información del afiliado *(Por favor complete un formulario por cada miembro de la familia.)*

| | | |
|---|---|---|
| Nombre | Apellido | |
| ID de MassHealth | 4 últimos dígitos del SSN | |
| Dirección | | N.º de apartamento |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono | Correo electrónico | |
| **Selección del plan de seguro de salud** | | |

## Información del proveedor de atención primaria (PCP)

| | | |
|---|---|---|
| Nombre del PCP | | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono | | |

## Si usted tiene otro seguro de salud que no sea MassHealth

| | |
|---|---|
| Seguro de salud | |
| Titular de la póliza | ID de la póliza |

Envíe el formulario completado por correo a
Health Insurance Processing Center
ATTN: Enrollment, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
Fax: 617-988-8903