Mẫu Ghi Danh hoặc Thay Đổi Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS | Executive Office of Health and Human Services

Mẫu đơn này có dành cho quý vị không?

Một số thành viên tham gia chương trình MassHealth phải ghi danh vào một chương trình bảo hiểm y tế. Sử dụng mẫu đơn này nếu quý vị

- Dưới 65 tuổi
- Không có bảo hiểm khác *(bao gồm Medicare)*
- Sống trong cộng đồng *(chẳng hạn không sống trong một cơ sở điều dưỡng)*, và
- Có trong chương trình MassHealth Standard, CommonHealth, CarePlus hoặc Family Assistance.

Ghi danh hoặc thay đổi chương trình bảo hiểm y tế

Để ghi danh hoặc thay đổi chương trình bảo hiểm y tế, hãy chọn một chương trình bảo hiểm có sẵn tại nơi quý vị cư ngụ. Quý vị phải chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP). **Xin lưu ý:** Nếu quý vị không chọn một chương trình bảo hiểm y tế, MassHealth sẽ chọn một chương trình bảo hiểm cho quý vị. Nếu quý vị chọn một chương trình bảo hiểm y tế, nhưng không chọn một PCP, chương trình sẽ chỉ định một PCP cho quý vị.

Tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm y tế có sẵn trong khu vực của quý vị tại www.MassHealthChoices.com

So sánh các chương trình bảo hiểm y tế, xem lại PCP của quý vị hoặc tìm PCP tại www.MassHealthChoices.com

Ghi danh chương trình bảo hiểm y tế hoặc thay đổi chương trình bảo hiểm y tế tại www.MassHealthChoices.com

Ghi danh

*Đây **KHÔNG PHẢI** là đơn xin MassHealth. Nếu quý vị cần nộp đơn xin MassHealth, hãy truy cập www.MAhealthconnector.org.*	☐ **Ghi Danh** Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Mới ☐ **Thay Đổi** Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế

Thông tin thành viên *(Vui lòng điền vào mẫu đơn cho mỗi thành viên trong gia đình.)*

Tên	Họ	
ID MassHealth	4 chữ số cuối của SSN	
Địa chỉ		Số căn hộ
Thành phố	Bang	Mã vùng (Zip code)
Điện thoại	Email	
Lựa Chọn Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế		

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP)

Tên của PCP		
Địa chỉ		
Thành phố	Bang	Mã vùng (Zip code)
Điện thoại		

Nếu Quý Vị Có Bảo Hiểm Y Tế Khác Ngoài MassHealth

Bảo hiểm y tế	
Người Đứng Tên Hợp Đồng Bảo Hiểm	ID Hợp Đồng Bảo Hiểm

Gửi mẫu đơn đã điền đến **Health Insurance Processing Center**
ATTN: Enrollment, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
Fax: 617-988-8903