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 tới

Health Insurance Processing Center

ATTN: Enrollment

PO Box 4405

Taunton, MA 02780

Fax: (617) 988-8903

EF-MCO-VN-0123