

Para inscribirse en Tufts Medicare Preferred HMO, suministre la siguiente información:

Marque en qué plan desea inscribirse:

Si vive en: Condado de Hampden				Si vive en: Condados de Bristol*, Middlesex, Norfolk, Plymouth*			
___	HMO Basic No Rx	\$0	mensuales	___	HMO Basic No Rx	\$0	mensuales
___	HMO Basic Rx	\$27.90	mensuales	___	HMO Basic Rx	\$27.90	mensuales
___	HMO Value No Rx	\$24.00	mensuales	___	HMO Value No Rx	\$72.00	mensuales
___	HMO Value Rx	\$51.90	mensuales	___	HMO Value Rx	\$99.90	mensuales
___	HMO Prime No Rx	\$54.00	mensuales	___	HMO Prime No Rx	\$102.00	mensuales
___	HMO Prime Rx	\$81.90	mensuales	___	HMO Prime Rx	\$129.90	mensuales
___	HMO Prime Rx Plus	\$112.40	mensuales	___	HMO Prime Rx Plus	\$160.40	mensuales
Si vive en: Condado de Hampshire				Si vive en: Condados de Essex, Suffolk, Worcester			
___	HMO Basic No Rx	\$0	mensuales	___	HMO Basic No Rx	\$20.00	mensuales
___	HMO Basic Rx	\$27.90	mensuales	___	HMO Basic Rx	\$47.90	mensuales
___	HMO Value No Rx	\$52.00	mensuales	___	HMO Value No Rx	\$93.00	mensuales
___	HMO Value Rx	\$79.90	mensuales	___	HMO Value Rx	\$120.90	mensuales
___	HMO Prime No Rx	\$82.00	mensuales	___	HMO Prime No Rx	\$126.00	mensuales
___	HMO Prime Rx	\$109.90	mensuales	___	HMO Prime Rx	\$153.90	mensuales
___	HMO Prime Rx Plus	\$140.40	mensuales	___	HMO Prime Rx Plus	\$184.40	mensuales
Si vive en: Condado de Barnstable				*Si reside en uno de los siguientes códigos postales, usted vive fuera del área de servicio y no es elegible para ser miembro: Condado de Bristol - 02715, 02718, 02764, 02779, 02780, 02783. Condado de Plymouth - 02344, 02346, 02347, 02348, 02349.			
___	HMO Basic No Rx	\$0	mensuales				
___	HMO Basic Rx	\$27.90	mensuales				
___	HMO Value No Rx	\$72.00	mensuales				
___	HMO Value Rx	\$99.90	mensuales				
___	HMO Prime No Rx	\$112.00	mensuales				
___	HMO Prime Rx	\$139.90	mensuales				
___	HMO Prime Rx Plus	\$170.40	mensuales				

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (___ / ___ / ___) (MM / DD / AAAA)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: ()		Número de teléfono alternativo: ()
Dirección de correo electrónico:					
Domicilio de residencia permanente (no se permite ingresar una casilla postal):			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente):					
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto de emergencia:			Número de teléfono: ()	Relación con usted:	

Proporcione su información de seguro de Medicare

Consulte su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Complete estos espacios en blanco para que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

MEDICARE



SEGURO MÉDICO

MUESTRA SOLAMENTE

Nombre: _____

Número de reclamo de Medicare _____ Sexo _____

_____ - _____ - _____

Tiene derecho a _____ Fecha de entrada en vigencia _____

ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A) _____

ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) _____

Pagar su prima del plan

Usted puede pagar la prima mensual de su plan, incluso cualquier sanción por inscripción tardía que tenga en la actualidad o que pueda adeudar, por correo o realizar una transferencia electrónica de fondos (TEF), todos los meses. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) todos los meses.

Si se le calcula un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración de Seguro Social. Será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente a Medicare o a RRB. NO pague el monto IRMAA de la Parte D de Tufts Health Plan Medicare Preferred.

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para solicitar ayuda adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los montos anuales deducibles y los coseguros. Adicionalmente, las personas que califiquen no estarán sujetas a un período sin cobertura ni a una sanción por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos para acceder a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener información sobre la ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para la ayuda adicional con los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare solo cubre una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de prima:

Recibir una factura todos los meses

Transferencia electrónica de fondos (TEF) de su cuenta bancaria todos los meses

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) o del Seguro Social

La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde su fecha de inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa para sus primas mensuales.

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. Elija un médico de atención primaria (PCP) contratado de Tufts Medicare Preferred HMO:

Sí No **¿Es usted un paciente actual?**

Sí No **2. ¿Padece enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)?**
Si se sometió a un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis regular, adjunte una nota o registros de su médico demostrando que tuvo un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis, de lo contrario, deberemos contactarlo para obtener información adicional.

Sí No **3. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además de Tufts Medicare Preferred HMO?**

Si su respuesta es "Sí", indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura: N.º de ID de esta cobertura: N.º de grupo para esta cobertura

Sí No **4. ¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, como, por ejemplo, una residencia de ancianos? Si su respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:**

Nombre de la institución: Domicilio y número de teléfono de la institución (número y calle):

Sí No **5. ¿Está inscrito en su programa de Medicaid Estatal?**
Si su respuesta es "Sí", proporcione su número de Medicaid:

Sí No **6. ¿Usted o su cónyuge trabajan?**

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos la información en otro idioma que no sea inglés o en otro formato:

Español Impresión grande

Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al 1-800-978-2222 (TTY: 1-888-899-8977) si necesita recibir información en otro formato o en otro idioma aparte de los que se enumeran anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.



Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, inscribirse en Tufts Medicare Preferred HMO puede afectar sus beneficios de salud de sindicato o empleador. Puede perder su cobertura médica de su sindicato o empleador si se inscribe en Tufts Medicare Preferred HMO. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no aparece información de contacto, puede obtener información de su administrador de beneficios o de la oficina que responda preguntas sobre su cobertura.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Tufts Health Plan Medicare Preferred es un plan de Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar las partes A y B de Medicare. Solamente puedo pertenecer a un plan de Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan dará término en forma automática a mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre toda cobertura de medicamentos recetados que tenga o que pueda tener en el futuro. Comprendo que si no tengo cobertura de medicamentos recetados de Medicare o cobertura de medicamentos recetados acreditable (de la misma calidad que Medicare), es posible que tenga que pagar una sanción por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan generalmente se realiza para el año completo. Una vez que me haya inscrito, puedo abandonar a este plan o hacer cambios solo en ciertas épocas del año, cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Tufts Medicare Preferred HMO brinda servicios a una área de servicio específica. Si me mudo fuera del área donde atiende Tufts Medicare Preferred HMO, debo notificarlo al plan para poder desafiliarme y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Tufts Medicare Preferred HMO, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre los pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de Tufts Health Plan Medicare Preferred cuando la reciba para saber las reglas que debo seguir para recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Comprendo que las personas que cuentan con cobertura de Medicare generalmente no cuentan con cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO debo recibir toda la atención médica de Tufts Medicare Preferred HMO, excepto los servicios de urgencia o emergencia o servicios de diálisis fuera del área, y debo elegir un médico de atención primaria (PCP) y recibir una derivación antes de ver a un especialista dentro del círculo de derivación de mi PCP. Si recibo atención de rutina de proveedores fuera del círculo de derivación de mi PCP, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables de los costos. Los servicios autorizados por Tufts Medicare Preferred HMO y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO (también conocido como contrato de miembro o contrato de suscriptor) quedarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH PLAN MEDICARE PREFERRED PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, agente de seguros u otra persona que trabaja en Tufts Health Plan Medicare Preferred o contratada por este, esta persona podrá recibir un pago con base en mi inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario, para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También acepto que Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información, incluida la información del evento de medicamentos recetados a Medicare, quien puede divulgarla con fines de investigación u otros propósitos que cumplan todas las reglamentaciones y estatutos federales aplicables. La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si deliberadamente proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de conformidad con las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido los contenidos de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada de acuerdo con la ley del estado para llevar a cabo esta inscripción y 2) la documentación que deja constancia de esta autoridad está disponible a pedido por medio de Medicare.

Firma: _____	Fecha de hoy: _____
---------------------	----------------------------

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ **Domicilio:** _____

Número de teléfono: (_____) _____ – _____ **Parentesco con la persona inscrita** _____

Solo para uso administrativo: Internet

Nombre del miembro del personal, agente, gestor (si lo ayudaron con la inscripción): _____

N.º de ID del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

Período de inscripción de elección inicial (Initial Election Coverage Period, ICEP)/Período de elección inicial (Initial Election Period, IEP): _____

Período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP): _____

SEP (tipo): _____ No elegible: _____