

Envíe el formulario listo y firmado a:
Tufts Health Plan Medicare Preferred
P.O. Box 483
Canton, MA 02021-9936

A Información personal

Nombre: In. seg. nom.: Apellido:

Número de Id. del miembro:

Número de teléfono principal:
 - -

Este es un número de teléfono celular

Número de teléfono alternativo: (opcional)
 - -

Este es un número de teléfono celular

Le sugerimos que nos facilite su número de celular y su dirección de correo electrónico para que podamos proporcionarle la información y las actualizaciones más oportunas.

Dirección de correo electrónico:

Dirección particular permanente: (no se admite P.O. Box a menos que usted no tenga una residencia permanente)

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección postal: (solo si es distinto a su dirección permanente)

Ciudad: Estado: Código postal:

B Indique la información de su plan

El cuadro a continuación muestra los planes disponibles para cada área de servicios y las primas de los planes mensuales estándar (**en negritas**). El cuadro también muestra las primas del plan con la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred incluida (*en cursiva*). Para inscribirse en la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred, llene la sección *Beneficios complementarios opcionales* a continuación.

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth	Prima del plan	con opción dental	Condados de Hampden y Hampshire	Prima del plan	con opción dental
HMO Saver Rx (HMO)	\$0 mensual	<i>\$19.50</i>	HMO Saver Rx (HMO)	\$0 mensual	<i>\$19.50</i>
HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0 mensual	<i>N/A</i>	HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0 mensual	<i>N/A</i>
HMO Basic Rx (HMO)	\$59 mensual	<i>\$78.50</i>	HMO Basic Rx (HMO)	\$48 mensual	<i>\$67.50</i>
HMO Value No Rx (HMO)	\$103 mensual	<i>\$122.50</i>	HMO Value Rx (HMO)	\$97 mensual	<i>\$116.50</i>
HMO Value Rx (HMO)	\$167 mensual	<i>\$186.50</i>	HMO Prime Rx (HMO)	\$117 mensual	<i>\$148</i>
HMO Prime No Rx (HMO)	\$133 mensual	<i>\$164</i>	HMO Prime Rx Plus (HMO)	\$137 mensual	<i>\$168</i>
HMO Prime Rx (HMO)	\$194 mensual	<i>\$225</i>			
HMO Prime Rx Plus (HMO)	\$228 mensual	<i>\$259</i>			
Condados de Essex y Suffolk	Prima del plan	con opción dental	Condado de Worcester	Prima del plan	con opción dental
HMO Saver Rx (HMO)	\$0 mensual	<i>\$19.50</i>	HMO Saver Rx (HMO)	\$0 mensual	<i>\$19.50</i>
HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0 mensual	<i>N/A</i>	HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0 mensual	<i>N/A</i>
HMO Basic No Rx (HMO)	\$28 mensual	<i>\$47.50</i>	HMO Basic No Rx (HMO)	\$20 mensual	<i>\$39.50</i>
HMO Basic Rx (HMO)	\$69 mensual	<i>\$88.50</i>	HMO Basic Rx (HMO)	\$51 mensual	<i>\$70.50</i>
HMO Value No Rx (HMO)	\$123 mensual	<i>\$142.50</i>	HMO Value No Rx (HMO)	\$112 mensual	<i>\$131.50</i>
HMO Value Rx (HMO)	\$189 mensual	<i>\$208.50</i>	HMO Value Rx (HMO)	\$174 mensual	<i>\$193.50</i>
HMO Prime No Rx (HMO)	\$156 mensual	<i>\$187</i>	HMO Prime No Rx (HMO)	\$152 mensual	<i>\$183</i>
HMO Prime Rx (HMO)	\$224 mensual	<i>\$255</i>	HMO Prime Rx (HMO)	\$204 mensual	<i>\$235</i>
HMO Prime Rx Plus (HMO)	\$256 mensual	<i>\$287</i>			

Nombre del plan del que es miembro actualmente:

Tufts Medicare Preferred HMO

Prima mensual actual:

\$

Nombre del plan al que le gustaría cambiarse:

Tufts Medicare Preferred HMO

Prima mensual nueva:

\$

Fecha de entrada en vigor obligatoria:
(MM/DD/AAAA; debe ser una fecha futura)

/ /

Entiendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual distinta.
He revisado la nueva prima de mi plan en el cuadro anterior.

BENEFICIO COMPLEMENTARIO OPCIONAL: opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred

Solo puede elegir la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred junto con un plan médico. La opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred es de **\$19.50 por mes** para los planes *HMO Saver Rx*, *HMO Basic Rx*, *HMO Basic No Rx*, *HMO Value Rx* y *HMO Value No Rx*. La opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred es de **\$31 por mes** para los planes *HMO Prime Rx*, *HMO Prime Rx Plus*, y *HMO Prime No Rx*. La opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred **NO está disponible para el plan *HMO Smart Saver Rx***. El cuadro anterior muestra las primas del plan con la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred incluida (*en cursiva*).

Sí, deseo añadir la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred.



Elija un médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) que tenga contrato con Tufts Medicare Preferred HMO

Si no tiene un PCP, le asignaremos uno en forma automática. Puede cambiar al PCP en cualquier momento después de su inscripción.

Médico de atención primaria:

¿Es actualmente un paciente?

Sí No



Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan, que incluye cualquier multa por inscripción tardía que deba o que podría deber, por correo o mediante una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer o EFT por sus siglas en inglés) cada mes. También puede optar por pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB por sus siglas en inglés) cada mes.

Si tiene que pagar la cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos (IRMAA por sus siglas en inglés) de Part D, debe pagarla en forma independiente de la prima del plan. NO pague a Tufts Health Plan Medicare Preferred la cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos de Part D.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual.

Para los planes con una prima de \$0: si en la actualidad usted tiene una multa por inscripción tardía o ha seleccionado el beneficio dental complementario opcional, necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede pagarla por correo o con una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer o EFT por sus siglas en inglés) cada mes. También puede optar por pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB por sus siglas en inglés) cada mes. **Si usted no tiene multa por inscripción tardía o no ha seleccionado el beneficio dental complementario opcional, no se le exige una opción de pago.**

Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para optar a *Extra Help* para pagar los costos de medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, quienes califican no estarán sujetos al período sin cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para optar a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre *Extra Help*, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar *Extra Help* en línea a través de **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp**.

Si usted califica para *Extra Help* con los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted por la cantidad que Medicare no cubre.

Seleccione una opción de pago de primas:

- Recibir una factura todos los meses.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT por sus siglas en inglés) desde su cuenta bancaria todos los meses.
(Si selecciona esta opción, recibirá por correo un *Formulario de autorización de EFT*. Siga pagando la prima mensual hasta que le informemos de su inscripción en el programa de EFT).
- Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social.
- Deducción automática de su cheque de beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

La deducción del cheque del Seguro Social o de la RRB podría tardar uno o varios meses en iniciarse. Es posible que haya un retraso en la retención de su prima debido al programa de procesamiento mensual de la Administración del Seguro Social, ya que la fecha de inicio de la retención de primas no puede ser retroactiva. Si hay un retraso, se le facturará directamente durante el primer mes o los primeros 2 meses hasta que se le deduzca la prima del cheque de beneficios de la RRB o del Seguro Social. Usted es responsable de pagar todas las primas pendientes hasta que comience la retención de primas. Si no paga la prima del mes antes de que comience la retención de primas, podríamos cancelar su inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de las primas mensuales.

E Seleccione la elegibilidad para el período de inscripción

Por lo general, es posible que se inscriba en un plan de Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque la casilla si la afirmación se aplica a usted (marque todas las que correspondan). Si marca cualquiera de las casillas siguientes, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para optar a un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. | Me mudé el: (MM/DD/AAAA)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Me mudaré a, vivo en o me mudé recientemente de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, una casa de reposo o un centro de cuidados a largo plazo). | Me mudé el: (MM/DD/AAAA)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio en mi nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid). | Hice este cambio el: (MM/DD/AAAA)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo pagos de <i>Extra Help</i> por mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio. | |
| <input type="checkbox"/> Otro motivo: (describa el período de elección especial) | |

F Origen étnico y raza, idiomas alternativos y formatos accesibles

¿Usted es de origen hispano, latino o español? Seleccione todos los que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, soy cubano(a) |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano(a), mexicano(a) estadounidense, chicano(a) | <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño(a) | <input type="checkbox"/> Elijo no responder |

¿Cuál es su raza? Seleccione todos los que correspondan.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Otros asiáticos | <input type="checkbox"/> Elijo no responder |

Idioma escrito preferido:

Idioma hablado preferido:

Seleccione uno si quiere enviarnos su información en un formato accesible. Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al **1-800-701-9000 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible o un idioma que no se indicó anteriormente. Los representantes están disponibles 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. **Vaya a > 4**

G Lea y firme a continuación.

1. Tufts Health Plan Medicare Preferred es un plan que tiene contrato con el gobierno federal.
2. Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Tufts Health Plan Medicare Preferred, esta persona podría recibir un pago de acuerdo con mi inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO.
3. Comprendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO, debo obtener toda mi atención de salud de Tufts Medicare Preferred HMO, excepto servicios de emergencia o urgentemente necesarios, o diálisis fuera del área y debo elegir un médico de atención primaria (PCP) y obtener un referido antes de atenderme con un especialista dentro del círculo de referidos del PCP.
4. Si obtengo atención de rutina de proveedores fuera del círculo de referidos del PCP, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables del costo. Tendrán cobertura los servicios autorizados por Tufts Medicare Preferred HMO y otros servicios incluidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura* de Tufts Medicare Preferred HMO (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscripción). Sin autorización, NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH PLAN MEDICARE PREFERRED PAGARÁN LOS SERVICIOS.
5. Los beneficios dentales para los miembros de Tufts Health Plan Medicare Preferred son administrados por Dominion Dental Services, Inc. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios o con la red de proveedores, comuníquese con Servicios para los Miembros.

Divulgación de información

1. Reconozco que, si me afilio a este plan de salud de Medicare, Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesaria para el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud.
2. También reconozco que Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información, como los datos de actividades de medicamentos recetados a Medicare, que puede divulgarla para fines de investigación u otros que acaten todas las leyes y normativas federales vigentes.
3. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proveo información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción en el plan.
4. Entiendo que los afiliados con Medicare no tienen cobertura de Medicare mientras estén fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud indica que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según la ley estatal para realizar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autorización está disponible previa solicitud a Medicare.

Firma:

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA):

 / /

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proveer la siguiente información:

Nombre completo:

Dirección particular:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

 - -

Relación con el beneficiario:

SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA O CORREDOR

Nombre del miembro del personal, representante o corredor (si ayudó en la inscripción): (en letra de imprenta)

Número Nacional de Productor (NPN por sus siglas en inglés) del representante:

Nombre de la agencia:

Fecha de recepción de la solicitud:
(MM/DD/AAAA)

Fecha de entrada en vigor de la cobertura:
(MM/DD/AAAA)

N.º de Id. del plan:

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth		Condados de Hampden y Hampshire		Condados de Essex y Suffolk		Condado de Worcester	
<input type="radio"/> Saver Rx	028/000	<input type="radio"/> Saver Rx	028/000	<input type="radio"/> Saver Rx	028/000	<input type="radio"/> Saver Rx	028/000
<input type="radio"/> Basic Rx	026/002	<input type="radio"/> Basic Rx	026/003	<input type="radio"/> Basic No Rx	042/000	<input type="radio"/> Basic No Rx	041/000
<input type="radio"/> Value No Rx	019/007	<input type="radio"/> Value Rx	018/008	<input type="radio"/> Basic Rx	026/001	<input type="radio"/> Basic Rx	036/000
<input type="radio"/> Value Rx	018/007	<input type="radio"/> Prime Rx	015/006	<input type="radio"/> Value No Rx	019/001	<input type="radio"/> Value No Rx	040/000
<input type="radio"/> Prime No Rx	016/002	<input type="radio"/> Prime Rx Plus	001/006	<input type="radio"/> Value Rx	018/001	<input type="radio"/> Value Rx	034/000
<input type="radio"/> Prime Rx	015/002	<input type="radio"/> Smart Saver Rx	046/000	<input type="radio"/> Prime No Rx	016/001	<input type="radio"/> Prime No Rx	039/000
<input type="radio"/> Prime Rx Plus	001/002			<input type="radio"/> Prime Rx	015/001	<input type="radio"/> Prime Rx	033/000
<input type="radio"/> Smart Saver Rx	046/000			<input type="radio"/> Prime Rx Plus	001/001	<input type="radio"/> Smart Saver Rx	046/000
				<input type="radio"/> Smart Saver Rx	046/000		

Período de inscripción:

ICEP/IEP AEP OEP SEP (tipo:)

No elegible

Tufts Health Plan cumple con las leyes Federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).