

# Formulario de solicitud de inscripción individual de Tufts Medicare Preferred 2023

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran afiliarse a Medicare Advantage Plan.

### Para afiliarse a un plan, debe:

- Ser un ciudadano estadounidense o estar legalmente en el país.
- Vivir en el área del servicio del plan.

**Importante:** para afiliarse a Medicare Advantage Plan, también debe tener ambos:

- Medicare Part A (seguro hospitalario)
- Medicare Part B (seguro médico)

## ¿Cuándo uso este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1 de enero).
- En un plazo de 3 meses desde que obtuvo Medicare por primera vez.
- En ciertas circunstancias en las que tiene permitido afiliarse o cambiar de plan.

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para llenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que está en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** debe llenar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales, no pueden negarle la cobertura porque no los llenó.

## Recordatorios:

- Si quiere afiliarse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario listo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de la prima se descuenten de su cuenta bancaria o del beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

## ¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario listo y firmado a:

Tufts Health Plan Medicare Preferred  
P.O. Box 483  
Canton, MA 02021-9936

Después de que procesen su solicitud para afiliarse, se comunicarán con usted.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Tufts Health Plan Medicare Preferred al **1-877-409-3499 (TTY: 711)**.

También puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Tufts Health Plan Medicare Preferred al **1-877-409-3499 (TTY: 711)** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Personas sin hogar

Si quiere afiliarse al plan pero no tiene residencia permanente, se puede considerar su dirección particular permanente a un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica o la dirección donde usted recibe su correo (por ejemplo, los cheques del seguro social).

Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder una solicitud de recopilación de información, a menos que esa solicitud muestre un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación es 0938-NEW. Se estima que el promedio de tiempo requerido para completar esta información es 20 minutos por persona, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, con atención a: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**IMPORTANTE:** no envíe este formulario ni cualquier otro elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historia clínica, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes PRA. Se destruirá cualquier elemento que no se relacione con mejorar este formulario o su carga de recopilación (que se indica en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "What happens next?" (¿Qué ocurre después?) en esta página para enviar el formulario lleno al plan.

# Sección 1

Todos los campos en esta sección son obligatorios (a menos que esté marcado como opcional).

Nombre:  In. seg. nom.: (opcional)  Apellido:

Título: (opcional)  Sr.  Sra.  Srta. Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)  Sexo:  M  F

Número de teléfono principal:

Este es un número de teléfono celular (opcional)

Número de teléfono alternativo: (opcional)

Este es un número de teléfono celular (opcional)

Dirección de correo electrónico: (opcional)

**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 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 distinta a la dirección particular permanente: (no se admite apartado postal)

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Contacto de emergencia: (opcional)

Número de teléfono: (opcional)  Relación con usted: (opcional)

**SELECCIONE EL PLAN AL QUE QUIERE AFILIARSE**

**Fecha de entrada en vigor solicitada:**

(MM/DD/AAAA; debe ser en el futuro)

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.

<b>Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés)</b>			<b>Planes de Tufts Medicare Preferred HMO (H2256)</b>				
<b>Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth</b>		<b>Prima del plan</b>	<i>con opción dental</i>	<b>Condados de Hampden y Hampshire</b>			
				<b>Prima del plan</b>	<i>con opción dental</i>		
<input type="radio"/>	HMO Saver Rx	<b>\$0 mensual</b>	<i>\$19.50</i>	<input type="radio"/>	HMO Saver Rx	<b>\$0 mensual</b>	<i>\$19.50</i>
<input type="radio"/>	HMO Smart Saver Rx	<b>\$0 mensual</b>	<i>N/A</i>	<input type="radio"/>	HMO Smart Saver Rx	<b>\$0 mensual</b>	<i>N/A</i>
<input type="radio"/>	HMO Basic Rx	<b>\$59 mensual</b>	<i>\$78.50</i>	<input type="radio"/>	HMO Basic Rx	<b>\$48 mensual</b>	<i>\$67.50</i>
<input type="radio"/>	HMO Value No Rx	<b>\$103 mensual</b>	<i>\$122.50</i>	<input type="radio"/>	HMO Value Rx	<b>\$97 mensual</b>	<i>\$116.50</i>
<input type="radio"/>	HMO Value Rx	<b>\$167 mensual</b>	<i>\$186.50</i>	<input type="radio"/>	HMO Prime Rx	<b>\$117 mensual</b>	<i>\$148</i>
<input type="radio"/>	HMO Prime No Rx	<b>\$133 mensual</b>	<i>\$164</i>	<input type="radio"/>	HMO Prime Rx Plus	<b>\$137 mensual</b>	<i>\$168</i>
<input type="radio"/>	HMO Prime Rx	<b>\$194 mensual</b>	<i>\$225</i>				
<input type="radio"/>	HMO Prime Rx Plus	<b>\$228 mensual</b>	<i>\$259</i>				
<b>Condados de Essex y Suffolk</b>		<b>Prima del plan</b>	<i>con opción dental</i>	<b>Condado de Worcester</b>		<b>Prima del plan</b>	<i>con opción dental</i>
<input type="radio"/>	HMO Saver Rx	<b>\$0 mensual</b>	<i>\$19.50</i>	<input type="radio"/>	HMO Saver Rx	<b>\$0 mensual</b>	<i>\$19.50</i>
<input type="radio"/>	HMO Smart Saver Rx	<b>\$0 mensual</b>	<i>N/A</i>	<input type="radio"/>	HMO Smart Saver Rx	<b>\$0 mensual</b>	<i>N/A</i>
<input type="radio"/>	HMO Basic No Rx	<b>\$28 mensual</b>	<i>\$47.50</i>	<input type="radio"/>	HMO Basic No Rx	<b>\$20 mensual</b>	<i>\$39.50</i>
<input type="radio"/>	HMO Basic Rx	<b>\$69 mensual</b>	<i>\$88.50</i>	<input type="radio"/>	HMO Basic Rx	<b>\$51 mensual</b>	<i>\$70.50</i>
<input type="radio"/>	HMO Value No Rx	<b>\$123 mensual</b>	<i>\$142.50</i>	<input type="radio"/>	HMO Value No Rx	<b>\$112 mensual</b>	<i>\$131.50</i>
<input type="radio"/>	HMO Value Rx	<b>\$189 mensual</b>	<i>\$208.50</i>	<input type="radio"/>	HMO Value Rx	<b>\$174 mensual</b>	<i>\$193.50</i>
<input type="radio"/>	HMO Prime No Rx	<b>\$156 mensual</b>	<i>\$187</i>	<input type="radio"/>	HMO Prime No Rx	<b>\$152 mensual</b>	<i>\$183</i>
<input type="radio"/>	HMO Prime Rx	<b>\$224 mensual</b>	<i>\$255</i>	<input type="radio"/>	HMO Prime Rx	<b>\$204 mensual</b>	<i>\$235</i>
<input type="radio"/>	HMO Prime Rx Plus	<b>\$256 mensual</b>	<i>\$287</i>				

**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.**

**Organización de Proveedores Preferidos (PPO por sus siglas en inglés)**

**Acceso a la PPO de Tufts Medicare Preferred (H9907)**

<b>Condados de Bristol, Essex, Hampden, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester</b>		<b>Prima del plan</b>	<i>con opción dental</i>
<input type="radio"/>	Acceso a la PPO de Tufts Medicare Preferred	<b>\$0 mensual</b>	<i>N/A</i>

## SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

- Escriba la información como aparece en su tarjeta de Medicare.
- **O bien**, adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Nombre: (como aparece en la tarjeta de Medicare, opcional)

Número de Medicare:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tiene derecho a:

**HOSPITAL (Part A)**

**MÉDICA (Part B)**

Fecha de entrada en vigor:  
(opcional; MM/DD/AAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

- Sí** 1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Tufts Health Plan Medicare Preferred? **Si la respuesta es sí**, indique su otra cobertura y los números de miembro y de grupo para esta cobertura:
- No**

Número de la otra cobertura:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de miembro para esta cobertura:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de grupo para esta cobertura:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Sí** 2. **OPCIONAL:** ¿Es residente de un centro de cuidados a largo plazo, como una casa de reposo?
- No** **Si la respuesta es sí**, provea la siguiente información y revise la pregunta 5 en la página siguiente.

Nombre de la institución:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de teléfono:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección particular:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Código postal:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Sí** 3. **OPCIONAL:** ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? (En Massachusetts se llama "MassHealth").
- No** **Si la respuesta es sí**, provea su número de Medicaid.

Número de Medicaid (MassHealth):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 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 periodo. 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.

1. Período de inscripción anual (AEP por sus siglas en inglés). La fecha de entrada en vigor será el 1 de enero.
2. Soy nuevo en Medicare.
3. Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP por sus siglas en inglés) del 1 de enero al 31 de diciembre.
4. 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)
5. 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). Si actualmente vive en un centro de cuidados a largo plazo, responda la pregunta 2 en la página anterior. Me mudé el: (MM/DD/AAAA)
6. Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato. Dejaré esta cobertura el: (MM/DD/AAAA)
7. 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)
8. Recientemente tuve un cambio en mi pago de *Extra Help* por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve *Extra Help* hace poco, tuve un cambio en el nivel de *Extra Help* o perdí *Extra Help*). Hice este cambio el: (MM/DD/AAAA)
9. Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo pagos de *Extra Help* por mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
10. Recientemente volví a Estados Unidos tras vivir en el extranjero en forma permanente. Volví a EE. UU. el: (MM/DD/AAAA)
11. Recientemente obtuve la estadia legal en Estados Unidos. Recibí este estado el: (MM/DD/AAAA)
12. Salí recientemente de la cárcel. Salí en libertad el: (MM/DD/AAAA)

- 13.** Recientemente dejé un Programa de Atención Todo Incluido para Adultos Mayores (PACE por sus siglas en inglés). Deje este programa el: (MM/DD/AAAA)
- 14.** Recientemente perdí en forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan amplia como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el: (MM/DD/AAAA)
- 15.** Participo en un programa de ayuda farmacéutica ofrecido por mi estado.
- 16.** Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- 17.** Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (MM/DD/AAAA)
- 18.** Me inscribí en un plan para necesidades especiales (SNP por sus siglas en inglés), pero perdí la calificación de necesidades especiales obligatoria para estar en el plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el: (MM/DD/AAAA)
- 19.** Me vi afectado por una emergencia relacionada con el tiempo o un desastre grave según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA por sus siglas en inglés). Una de las otras afirmaciones aquí se aplica a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.
- Otro motivo: (describa el período de elección especial)

***Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al 1-877-409-3499 (TTY: 711) para ver si es elegible para inscribirse o no. Estamos disponibles 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.)***

## Importante Lea y firme a continuación:

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Part A) y la médica (Part B) para permanecer en Tufts Health Plan Medicare Preferred.
- Si me afilio a Medicare Advantage Plan, reconozco que Tufts Health Plan Medicare Preferred compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para llevar un registro de mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal, que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Sus respuestas en este formulario son voluntarias. Sin embargo, no responder puede afectar su inscripción en este plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito solo en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará mi inscripción en otro plan MA de manera automática (se aplican excepciones para los planes Private Fee-for-Service (PFFS) y Medical Savings Account (MSA) de Medical Advantage).
- Comprendo que cuando comience la cobertura de Tufts Health Plan Medicare Preferred, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Tufts Health Plan Medicare Preferred. Tendrán cobertura los beneficios y servicios proporcionados por Tufts Health Plan Medicare Preferred e incluidos en la "Evidencia de Cobertura" de Tufts Health Plan Medicare Preferred (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscripción). Ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred pagarán por los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- **Para los planes HMO:** comprendo que debo elegir un médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) y recibir un referido antes de consultar a un especialista dentro del círculo de referidos de mi PCP. Si obtengo atención de rutina de médicos fuera del círculo de referidos del PCP, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables del costo.
- 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.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud indica que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) esta persona está autorizada por las leyes del estado para completar esta inscripción; y
  - 2) la documentación de esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

Firma:

Fecha de hoy: (MM/DD/AAAA)

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes campos.**

Nombre completo:

Dirección particular:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Relación con el beneficiario:

## Sección 2 Todos los campos en esta sección son opcionales.

Usted decide si responde estas preguntas. No pueden negarle la cobertura porque no los llenó.

### ¿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 a **1-877-409-3499 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible o un idioma que no se indicó anteriormente. Estamos disponibles 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.)

### Indique su médico de atención primaria (PCP):

¿Es actualmente un paciente?

- Sí  No

**Para planes HMO:** Elija un médico de atención primaria (PCP) que tenga contrato con Tufts Medicare Preferred HMO. Si no indica un PCP aquí, le asignaremos uno en forma automática. Puede cambiar al PCP en cualquier momento después de su inscripción.

**Para planes PPO:** como miembro de nuestro plan, usted no tiene que elegir un PCP. Sin embargo, le recomendamos encarecidamente que elija uno.



## 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 cada mes.

**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.**

### 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.

**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)

NPN de 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:

**Tufts Medicare Preferred HMO (H2256)**

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	<b>028/000</b>	<input type="radio"/> Saver Rx	<b>028/000</b>	<input type="radio"/> Saver Rx	<b>028/000</b>	<input type="radio"/> Saver Rx	<b>028/000</b>
<input type="radio"/> Basic Rx	<b>026/002</b>	<input type="radio"/> Basic Rx	<b>026/003</b>	<input type="radio"/> Basic No Rx	<b>042/000</b>	<input type="radio"/> Basic No Rx	<b>041/000</b>
<input type="radio"/> Value No Rx	<b>019/007</b>	<input type="radio"/> Value Rx	<b>018/008</b>	<input type="radio"/> Basic Rx	<b>026/001</b>	<input type="radio"/> Basic Rx	<b>036/000</b>
<input type="radio"/> Value Rx	<b>018/007</b>	<input type="radio"/> Prime Rx	<b>015/006</b>	<input type="radio"/> Value No Rx	<b>019/001</b>	<input type="radio"/> Value No Rx	<b>040/000</b>
<input type="radio"/> Prime No Rx	<b>016/002</b>	<input type="radio"/> Prime Rx Plus	<b>001/006</b>	<input type="radio"/> Value Rx	<b>018/001</b>	<input type="radio"/> Value Rx	<b>034/000</b>
<input type="radio"/> Prime Rx	<b>015/002</b>	<input type="radio"/> Smart Saver Rx	<b>046/000</b>	<input type="radio"/> Prime No Rx	<b>016/001</b>	<input type="radio"/> Prime No Rx	<b>039/000</b>
<input type="radio"/> Prime Rx Plus	<b>001/002</b>			<input type="radio"/> Prime Rx	<b>015/001</b>	<input type="radio"/> Prime Rx	<b>033/000</b>
<input type="radio"/> Smart Saver Rx	<b>046/000</b>			<input type="radio"/> Prime Rx Plus	<b>001/001</b>	<input type="radio"/> Smart Saver Rx	<b>046/000</b>
				<input type="radio"/> Smart Saver Rx	<b>046/000</b>		

**Acceso a la PPO de Tufts Medicare Preferred (H9907)**

<input type="radio"/> Acceso a la PPO de Tufts Medicare Preferred	<b>001</b>
---	------------

Período de inscripción:

ICEP/IEP  AEP  OEP  SEP (tipo):

No elegible

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en planes de medicamentos recetados (PDP por sus siglas en inglés), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR por sus siglas en inglés) §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recolección de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según se especifica en el Sistema de Aviso de Registros (SORN por sus siglas en inglés) Plan de “Medicamentos Recetados Medicare Advantage” (MARx), Sistema n.º 09-70-0588. Sus respuestas en este formulario son voluntarias. Sin embargo, no responder puede afectar su inscripción en este plan.

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).