

Envíe el formulario completo y firmado a:

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

A Información personal

Primer nombre: Inicial seg. nombre: Apellido:

Número de ident. del miembro: Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono principal: - - Número de teléfono alternativo: (opcional) - -

Este es un número de teléfono celular 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 proveerle la información y las actualizaciones más oportunas.

Dirección particular permanente: (no se admite un apartado postal [P.O. box], a menos que usted no tenga una residencia permanente)

Ciudad: Estado: Código postal:

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

Ciudad: Estado: Código postal:

Seleccione un proveedor primario de cuidados médicos (PCP)

Un PCP es un médico, enfermero practicante, enfermero clínico especialista o asistente médico que proporciona, coordina y le ayuda a acceder a una amplia gama de servicios de cuidado de la salud.

Nombre de su PCP: Apellido de su PCP:

Dirección o grupo médico de su PCP:

Número de NPI de su PCP*: ¿Es actualmente su paciente? Sí No

INFORMACIÓN ÚTIL

Seleccione un PCP contratado por Tufts Medicare Preferred HMO e introduzca la información de su PCP en los campos de la izquierda. Si no indica un PCP aquí, le asignaremos uno en forma automática. Puede cambiar el PCP en cualquier momento después de su inscripción.

Estas preguntas son opcionales.

* Para encontrar un PCP en su área o para encontrar el número de identificador de proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés) de su PCP, utilice la herramienta de búsqueda en thmp.org/doctor.

B Indique la información de su plan

En el siguiente cuadro, se muestran los planes disponibles para cada área de servicio y las primas de los planes mensuales estándar (**en negrita**). En el cuadro, también se muestran las primas del plan con la opción dental Tufts Medicare Preferred Dental Option incluida (*en cursiva*). Para inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option, llene la sección "Beneficio complementario opcional" 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 Smart Saver Rx (HMO)	\$0/mes	N/A	HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0/mes	N/A
HMO Basic Rx (HMO)	\$58/mes	\$96	HMO Basic Rx (HMO)	\$47/mes	\$85
HMO Value No Rx (HMO)	\$123/mes	\$161	HMO Value Rx (HMO)	\$93/mes	\$131
HMO Value Rx (HMO)	\$166/mes	\$204	HMO Prime Rx (HMO)	\$116/mes	\$154.50
HMO Prime No Rx (HMO)	\$153/mes	\$190.50	HMO Prime Rx Plus (HMO)	\$132/mes	\$170.50
HMO Prime Rx (HMO)	\$193/mes	\$231.50			
HMO Prime Rx Plus (HMO)	\$227/mes	\$265.50			
Condados de Essex y Suffolk	Prima del plan	Con opción dental	Condado de Worcester	Prima del plan	Con opción dental
HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0/mes	N/A	HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0/mes	N/A
HMO Basic No Rx (HMO)	\$48/mes	\$86	HMO Basic No Rx (HMO)	\$40/mes	\$78
HMO Basic Rx (HMO)	\$68/mes	\$106	HMO Basic Rx (HMO)	\$55/mes	\$93
HMO Value No Rx (HMO)	\$143/mes	\$181	HMO Value No Rx (HMO)	\$132/mes	\$170
HMO Value Rx (HMO)	\$188/mes	\$226	HMO Value Rx (HMO)	\$173/mes	\$211
HMO Prime No Rx (HMO)	\$176/mes	\$214.50	HMO Prime No Rx (HMO)	\$172/mes	\$210.50
HMO Prime Rx (HMO)	\$223/mes	\$261.50	HMO Prime Rx (HMO)	\$203/mes	\$241.50
HMO Prime Rx Plus (HMO)	\$255/mes	\$293.50			

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 solicitada:
(dd/mm/aaaa; debe ser una fecha futura)

/ **01** /

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: Tufts Medicare Preferred Dental Option

Solo puede elegir Tufts Medicare Preferred Dental Option junto con un plan médico. Tufts Medicare Preferred Dental Option cuesta **\$38 por mes** para los planes *HMO Basic Rx*, *HMO Basic No Rx*, *HMO Value Rx* y *HMO Value No Rx*. Tufts Medicare Preferred Dental Option cuesta **\$38.50 por mes** para los planes *HMO Prime Rx*, *HMO Prime Rx Plus* y *HMO Prime No Rx*. Tufts Medicare Preferred Dental Option **NO está disponible para el plan *HMO Smart Saver Rx***. En el cuadro anterior, se muestran las primas del plan con Tufts Medicare Preferred Dental Option incluido (*en cursiva*).

Sí, deseo añadir Tufts Medicare Preferred Dental Option.

C Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía* que deba o que podría deber) por correo postal o mediante una transferencia electrónica de fondos (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) de Part D, debe pagarla en forma independiente de la prima del plan. NO pague a Tufts Health Plan Medicare Preferred la cantidad de IRMAA 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 postal o con una transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. **Si usted no tiene una multa por inscripción tardía* o no ha seleccionado el beneficio dental complementario opcional, no se le exige una opción de pago.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir *Extra Help* para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, quienes califican no estarán sujetos 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.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**.

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.

Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, visite **thpmp.org/LEP**.

Seleccione una opción de pago de primas:

- Recibir una factura todos los meses.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses.
(Si selecciona esta opción, recibirá por correo postal 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 mensual del Seguro Social.
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual 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 cronograma 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 el primer mes o los primeros 2 meses hasta que se le deduzca la prima del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB. Usted es responsable de pagar todas las primas pendientes hasta que comience la retención de primas. Si no paga la prima de los meses 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.

D 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 hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque la casilla si la afirmación corresponde a su caso (marque todas las que correspondan). Si marca cualquiera de las casillas siguientes, 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.

Período de Inscripción Anual (AEP). La fecha de entrada en vigor será el 1 de enero.

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: (dd/mm/aaaa)

/ /

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: (dd/mm/aaaa)

/ /

Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio en mi nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid).

Tuve este cambio el: (dd/mm/aaaa)

/ /

Otro motivo: (describa el período de elección especial)

E Idiomas y formatos accesibles alternativos

Idioma escrito preferido:

Idioma hablado preferido:

Seleccione uno si quiere que le enviemos su información en un formato accesible:

Braille Letra grande CD de audio CD de datos

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 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre).

F 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 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 cuidado de la salud.
2. También reconozco que Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información, como los datos de actividades de medicamentos recetados, a Medicare, que a su vez puede divulgarla para fines de investigación u otros que acaten todas las leyes y normativas federales vigentes.
3. La información que figura 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 las personas 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 (dd/mm/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 LAS PERSONAS QUE AYUDEN AL BENEFICIARIO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos [SHIP], familiar u otro tercero) que está ayudando al beneficiario a completar este formulario.

Nombre: (en letra de imprenta)

Firma:

Relación con el beneficiario:

SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA O EL CORREDOR

Número Nacional de Productor (NPN) del agente:

Nombre de la agencia:

Nombre de la FMO:

Fecha de recepción de la solicitud: (dd/mm/aaaa)

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: (dd/mm/aaaa)

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth	Condados de Hampden y Hampshire	Condados de Essex y Suffolk	Condado de Worcester
<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 motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e 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).

Aviso sobre la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Estão também disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711) ou fale com o seu prestador.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

(Arabic) العربية تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 711 (1-800-701-9000) (PPO) 1-866-623-0172 (HMO) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ភាសាខ្មែរ (Khmer) សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliares appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

हिंदी (Hindi) न दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.