

Formulario de solicitud de inscripción individual de Tufts Medicare Preferred para 2026

¿Quién puede usar este formulario?

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

Para afiliarse a un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para afiliarse a Medicare Advantage Plan, también debe tener estos dos:

- 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 completo 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 completo 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 8 para asistencia en español, y un representante estará disponible para asistirlo.

Personas sin hogar

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

Según la Ley de Reducción de Trámites 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). El número de control vigente de la OMB para esta solicitud de recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el promedio de tiempo requerido para completar esta información es de 20 minutos por persona, incluyendo 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, Attn: 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, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes PRA (PRA Reports Clearance Office). 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 en esta página la sección titulada "¿Qué ocurre después?" para enviar el formulario completo al plan.

Sección 1

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

Primer nombre: Inicial seg. nombre: Apellido:

Título: (opcional) Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa) Sexo:

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

☐ Este es un número de teléfono celular (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 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 la dirección particular permanente: (se admite un apartado postal)

Ciudad: Estado: Código postal:

Contacto de emergencia: (opcional)

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

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?

INFORMACIÓN ÚTIL

Para planes HMO: 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.

Para planes PPO: Se recomienda encarecidamente elegir un PCP contratado por Tufts Medicare Preferred PPO, pero no es obligatorio. Introduzca la información de su PCP en los campos de la izquierda.

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.

SELECCIONE EL PLAN AL QUE QUIERE AFILIARSE
Fecha de entrada en vigor solicitada:

(dd/mm/aaaa; debe ser en el futuro)

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.

HMO Planes de Tufts Medicare Preferred HMO (H2256)					
Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth			Condados de Hampden y Hampshire		
	Prima del plan	Con opción dental		Prima del plan	Con opción dental
☐ HMO Smart Saver Rx	\$0/mes	N/A	☐ HMO Smart Saver Rx	\$0/mes	N/A
☐ HMO Basic Rx	\$58/mes	\$96	☐ HMO Basic Rx	\$47/mes	\$85
☐ HMO Value No Rx	\$123/mes	\$161	☐ HMO Value Rx	\$93/mes	\$131
☐ HMO Value Rx	\$166/mes	\$204	☐ HMO Prime Rx	\$116/mes	\$154.50
☐ HMO Prime No Rx	\$153/mes	\$191.50	☐ HMO Prime Rx Plus	\$132/mes	\$170.50
☐ HMO Prime Rx	\$193/mes	\$231.50			
☐ HMO Prime Rx Plus	\$227/mes	\$265.50			
Condados de Essex y Suffolk			Condado de Worcester		
	Prima del plan	Con opción dental		Prima del plan	Con opción dental
☐ HMO Smart Saver Rx	\$0/mes	N/A	☐ HMO Smart Saver Rx	\$0/mes	N/A
☐ HMO Basic No Rx	\$48/mes	\$86	☐ HMO Basic No Rx	\$40/mes	\$78
☐ HMO Basic Rx	\$68/mes	\$106	☐ HMO Basic Rx	\$55/mes	\$93
☐ HMO Value No Rx	\$143/mes	\$181	☐ HMO Value No Rx	\$132/mes	\$170
☐ HMO Value Rx	\$188/mes	\$226	☐ HMO Value Rx	\$173/mes	\$211
☐ HMO Prime No Rx	\$176/mes	\$214.50	☐ HMO Prime No Rx	\$172/mes	\$210.50
☐ HMO Prime Rx	\$223/mes	\$261.50	☐ HMO Prime Rx	\$203/mes	\$241.50
☐ HMO Prime Rx Plus	\$255/mes	\$293.50			

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.**

PPO Tufts Medicare Preferred PPO Rx (H9907)		
	Condados	Prima del plan
☐ Tufts Medicare Preferred PPO Rx	Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Norfolk, Plymouth y Worcester	\$20/mes
☐ Tufts Medicare Preferred PPO Rx	Suffolk	\$60/mes
☐ Tufts Medicare Preferred PPO Rx	Middlesex	\$40/mes

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:

**SEGURO HOSPITALARIO
(Part A)**

SEGURO MÉDICO (Part B)

Fecha de entrada en vigor:
(opcional; dd/mm/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 sus números de miembro y de grupo para esta cobertura.
- ☐ **No**

Nombre 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**, proporcione la siguiente información y revise la pregunta 5 en la página siguiente.

Nombre de la institución:

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

Número de teléfono:

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

Dirección:

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

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 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.

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| ☐ | 1. Período de Inscripción Anual (AEP). 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) del 1 de enero al 31 de diciembre. | |
| ☐ | 4. Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y tengo nuevas opciones disponibles.. | Me mudé el: (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/> |
| ☐ | 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 de la página anterior. | Me mudé el: (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/> |
| ☐ | 6. Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato. | Dejaré esta cobertura el: (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/> |
| ☐ | 7. 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)
<input type="text"/> |
| ☐ | 8. Recientemente, tuve un cambio en mi pago de <i>Extra Help</i> por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve <i>Extra Help</i> hace poco, tuve un cambio en el nivel de <i>Extra Help</i> o perdí <i>Extra Help</i>). | Tuve este cambio el: (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/> |
| ☐ | 9. Recientemente, volví a los Estados Unidos tras vivir en el extranjero en forma permanente. | Volví a los EE. UU. el: (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/> |
| ☐ | 10. Recientemente, obtuve la estadía legal en los Estados Unidos. | Recibí este estado el: (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/> |
| ☐ | 11. Salí recientemente de la cárcel. | Salí en libertad el: (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/> |

☐	12. Recientemente, dejé un Programa de Atención Todo Incluido para Adultos Mayores (PACE, por sus siglas en inglés).	Dejé este programa el: (dd/mm/aaaa)
☐	13. Recientemente, perdí en forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan amplia como la de Medicare).	Perdí mi cobertura de medicamentos el: (dd/mm/aaaa)
☐	14. Estoy en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado, o estoy perdiendo la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.	
☐	15. Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.	
☐	16. Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente.	Mi inscripción en ese plan comenzó el: (dd/mm/aaaa)
☐	17. 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 ese plan.	Cancelaron mi inscripción en el SNP el: (dd/mm/aaaa)
☐	18. Me vi afectado por una emergencia climática 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 de aquí corresponde a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.	
☐	19. Actualmente, estoy inscrito en Medicare Part A y me estoy por inscribir en Medicare Part B (o me inscribí recientemente en Medicare Part B con una fecha de entrada en vigor en el pasado).	Fecha de entrada en vigor de Medicare Part B: (dd/mm/aaaa)
☐	Otro motivo: (describa el período de elección especial) 	

Si ninguna de estas declaraciones corresponde 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 abiertos 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).

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) o Part D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará mi inscripción en otro plan MA o Part D de manera automática (se aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio [PFFS, por sus siglas en inglés] o de cuenta de ahorros médicos [MSA, por sus siglas en inglés] de MA).
- 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 mi documento de "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) y recibir un referido antes de consultar a un especialista dentro del círculo de referidos de mi PCP. Si obtengo atención de rutina de proveedores fuera del círculo de referidos de mi PCP, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables del costo.
- Los beneficios dentales para los miembros de los planes Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO 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.
- 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.
- 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 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: (dd/mm/aaaa)

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

Nombre completo:

Dirección:

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 rellenó.

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 1-877-409-3499 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible o un idioma que no se indicó anteriormente. Nuestros horarios de atención son 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).

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.**

* 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.

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)

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)

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
☐ Basic Rx 026/002	☐ Basic Rx 026/003	☐ Basic No Rx 042/000	☐ Basic No Rx 041/000
☐ Value No Rx 019/007	☐ Value Rx 018/008	☐ Basic Rx 026/001	☐ Basic Rx 036/000
☐ Value Rx 018/007	☐ Prime Rx 015/006	☐ Value No Rx 019/001	☐ Value No Rx 040/000
☐ Prime No Rx 016/002	☐ Prime Rx Plus 001/006	☐ Value Rx 018/001	☐ Value Rx 034/000
☐ Prime Rx 015/002	☐ Smart Saver Rx 046/000	☐ Prime No Rx 016/001	☐ Prime No Rx 039/000
☐ Prime Rx Plus 001/002		☐ Prime Rx 015/001	☐ Prime Rx 033/000
☐ Smart Saver Rx 046/000		☐ Prime Rx Plus 001/001	☐ Smart Saver Rx 046/000
		☐ Smart Saver Rx 046/000	

Tufts Medicare Preferred PPO Rx (H9907)

Condados de Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Norfolk, Plymouth y Worcester	Condado de Suffolk	Condado de Middlesex
☐ Tufts Medicare Preferred PPO Rx 002/001	☐ Tufts Medicare Preferred PPO Rx 002/002	☐ Tufts Medicare Preferred PPO Rx 002/003

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 y 1860D-1 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 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.