Este formulario es para personas que tienen beneficios de MassHealth Standard y de Medicare Part A y Part B, y que deciden inscribirse en Tufts Health Plan Senior Care Options.

TUFTS Health Plan
a Point32Health company

Formulario de inscripción en MassHealth Senior Care Options (SCO) y Medicare Advantage para 2026

☐ Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO SNP) H8330-001-000
☐ Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO SNP) H8330-002-000

Información de MassHealth

►¿Está inscrito en MassHealth? Sí ☐ No ☐

Escriba su número de identificación de MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta de MassHealth. Su número de identificación de MassHealth es el número de 12 dígitos que aparece debajo de su nombre.
Número de identificación de MassHealth _____

Debe tener 65 años de edad o más, contar con los beneficios de MassHealth Standard, vivir en el área de servicio de Tufts Health Plan Senior Care Options, no ser residente de un hospital de enfermedades crónicas y no tener ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare, para inscribirse en una organización de cuidado para personas de la tercera edad. Para solicitar MassHealth, llame al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para las personas sordas o con deficiencia auditiva o del habla).
►Nombre del médico de atención primaria que ha seleccionado:

_____

Información del miembro

¿Es actualmente un paciente? Sí ☐ No ☐

Apellido	Primer nombre	Inicial seg. nombre	Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐
Fecha de nacimiento	Sexo M ☐ F ☐	Formato preferido para materiales ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos Otro_____	
Idioma escrito preferido	Idioma hablado preferido	Dirección de correo electrónico	

Dirección permanente (No se permite ingresar un apartado postal [P.O. box], a menos que usted no tenga una residencia permanente)

Dirección	Ciudad/pueblo	
Estado	Código postal	Número de teléfono

Dirección postal (donde recibe el correo, si es distinta a la dirección de donde vive)

Dirección	Ciudad/pueblo	
Estado	Código postal	Número de teléfono

Si es residente de un **centro de enfermería,** ingrese aquí el nombre y la dirección del lugar.

Nombre del centro de enfermería		
Dirección	Ciudad/pueblo	
Estado	Código postal	Número de teléfono

Información de Medicare

►Use su tarjeta de Medicare para llenar esta sección.

- Escriba su número de Medicare, indique su género y anote las fechas de entrada en vigor que aparecen en el lado derecho de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

O BIEN

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Debe tener Medicare Part A y Part B para afiliarse a un plan de Medicare Advantage.

Nombre (como aparece en la tarjeta de Medicare):

_____

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a:	Fecha de entrada en vigor:
HOSPITAL (Part A)	_____
SEGURO MÉDICO (Part B)	_____

Otro seguro médico

►¿Tiene algún otro seguro médico aparte de Medicare y MassHealth? Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es "Sí", ¿cuál es el nombre del otro seguro? _____

Su atención médica

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tufts Health Plan Senior Care Options también tiene un contrato con Commonwealth of Massachusetts/MassHealth. Tendré que mantener mi MassHealth Standard y Medicare Part A y Part B. Puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. Debido a que tengo MassHealth, puedo dejar Tufts Health Plan Senior Care Options en cualquier momento. Ya no estaré cubierto por Tufts Health Plan Senior Care Options a partir del primer día del mes siguiente al mes en que solicité dejar Tufts Health Plan Senior Care Options (ejemplo: Solicito dejar este plan el 10 de julio; desde el 1 de agosto ya no tendré cobertura de este plan).

Tufts Health Plan Senior Care Options presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en que Tufts Health Plan Senior Care Options presta servicios, tengo que notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar otro plan en mi área nueva. Cuando sea miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré la Evidencia de Cobertura de Tufts Health Plan Senior Care Options cuando la reciba para saber las reglas que debo seguir para recibir la cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare no suelen tener cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Tufts Health Plan Senior Care Options, debo recibir todo el cuidado de la salud de parte de Tufts Health Plan Senior Care Options, con la excepción de los casos de emergencia o servicios urgentemente necesarios, o de diálisis fuera del área de servicio. Tendrán cobertura los servicios autorizados por Tufts Health Plan Senior Care Options y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Tufts Health Plan Senior Care Options (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor). Sin autorización, NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH PLAN SENIOR CARE OPTIONS PAGARÁN LOS SERVICIOS.

Pase a la página siguiente.►

Entiendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor o de alguien más empleado o contratado por Tufts Health Plan Senior Care Options, esta persona podría recibir un pago de acuerdo con mi inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options.

Divulgación de información

Reconozco que si me afilio a este plan de salud de Medicare, el plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. También reconozco que Tufts Health Plan Senior Care Options divulgará mi información a Medicare, que a su vez puede divulgarla para investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. 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.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en nombre del solicitante según las leyes del estado en el que reside) en esta solicitud significa que he leído y entiendo que: 1) esta persona está autorizada según la ley estatal a realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Tufts Health Plan Senior Care Options o Medicare.

Uno de nuestros representantes del Servicio para Beneficiarios lo llamará dentro de los próximos 10 días para verificar la información en este formulario y para asegurarse de que usted entiende las reglas de nuestro plan.

Proporcione un número de teléfono al que podamos llamar para comunicarnos con usted: _____

Mejor hora para llamar: _____ *mañana* _____ *tarde* _____ *noche*

Firma

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de hoy: _____

Si ha escogido a un representante autorizado, este debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el beneficiario: _____

Envíe el formulario completo y firmado a:

Tufts Health Plan Senior Care Options Mail Stop B3
Point32Health
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-9936

Fax: (617)-673-0785

Solo para uso interno

Nombre del miembro del personal/agente/corredor *(si ayudó en la inscripción):*

_____

Número Nacional de Productor (NPN) del agente:_____

Nombre de la agencia:_____

Nombre de la FMO:_____

N.º de identificación del plan:_____

Fecha de recepción de la solicitud:_____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura:_____

ICEP/IEP: _____ **OEP:** _____ **AEP:** _____

SEP (otro): _____

Anotar motivo del SEP

Notas

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

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 1-855-670-5934 (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 1-855-670-5934 (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 1-855-670-5934 (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 1-855-670-5934（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 fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-855-670-5934 (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 1-855-670-5934 (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 1-855-670-5934 (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 مجانًا. اتصل على الرقم 711 (1-855-670-5934) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ភាសាខ្មែរ (Khmer) សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-855-670-5934 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-670-5934 (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'1-855-670-5934 (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. 1-855-670-5934(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 1-855-670-5934 (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 1-855-670-5934 (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। 1-855-670-5934 (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 ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-670-5934 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

ลาว**(Laos)** เຊີນຊາบ: ຖ้าท่านเว้ົาพาสา ลาว, จะมีบໍລิการช่วยด้านพาสาแบบบໍ่เสยค่าให้ท่าน. มีเถื่องช่วย และ การบໍລิการแบบบໍ่เสยค่าที่เหมาะส์มเพื่อให้ข้ໍมูลในรูบแบบที่สามาดเข้ำเถิงได้. โทหาเบิ 1-855-670-5934 (TTY: 711) หรื ล์มกับผู้ให้บໍລิการของท่าน.