Tufts Health Plan
Departamento de Inscripciones – MS C4
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166

Formulario de cancelación de la afiliación

Si solicita cancelar su afiliación, debe continuar recibiendo toda la atención médica de Tufts Health Plan hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su afiliación antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Tufts Health Plan. Le notificaremos la fecha de entrada en vigor después de que recibamos este formulario.

Apellido:	Nombre:	In. seg. nom.:	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.
N.º de Id. del afiliado:			
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino		Número de teléfono particular: ( )

Lea detenidamente y complete la siguiente información antes de colocar su firma y la fecha en este formulario de cancelación de la afiliación:

Si me he inscrito en otro plan de Medicare Advantage u otro plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Tufts Health Plan en la fecha de entrada en vigor de esa nueva inscripción. Entiendo que tal vez no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que, si cancelo mi afiliación a mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero tener cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima más alta por esta cobertura.

Su firma*: _____ Fecha: _____

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre según las leyes del estado donde usted vive. Si está firmada por una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del estado para completar esta cancelación de la afiliación y 2) la documentación de esta autoridad está disponible si Tufts Health Plan o Medicare la solicitan.

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre:_____

Dirección:_____

Número de teléfono: (_____)_____-_____

Relación con el afiliado: _____

Por lo general, podrá cancelar su afiliación a un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año o durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Hay excepciones que pudieran permitirle cancelar su afiliación a un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque la casilla si la afirmación aplica a su caso. 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 elección.

☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio en mi nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingrese la fecha) _____.

☐ 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) el (ingrese la fecha) _____.

☐ 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 de un centro o a uno o me mudaré el (ingrese la fecha) _____.

☐ Me uniré a un programa PACE el (ingrese la fecha) _____.

☐ Me uniré a una cobertura de mi empleador o sindicato el (ingrese la fecha) _____.

☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingrese la fecha) _____.

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (HMO)/ 1-866-623-0172 (PPO) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para cancelar su afiliación. Trabajamos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestros representantes estarán disponibles 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.). Después del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Solo para uso interno		
Nombre del plan:		
Id. del afiliado:	Fecha de entrada en vigor:	Tipo de elección: