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

Formulario de cancelación de la afiliación en Tufts Health One Care (HMO D-SNP)

Si solicita cancelar su afiliación, debe continuar recibiendo toda la atención médica de Tufts Health One Care 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 One Care. Le notificaremos la fecha de entrada en vigor después de que recibamos este formulario.

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre Inicial:	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Sr.
Número de Medicare:			
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F		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, otro plan de necesidades especiales de Medicare Advantage u otro plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Tufts Health One Care (HMO D-SNP) en la fecha de entrada en vigor de esa nueva afiliación. 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 firma una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta baja y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Tufts Health Plan o de Medicare.

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

Nombre,_____

dirección_____

o 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 se aplica a usted. 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 (insert date) _____.

☐ Recientemente tuve un cambio en mi pago de ayuda adicional por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve yuda adicional hace poco, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí mi ayuda adicional) el (insert date) _____.

☐ 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 (insert date) _____.

☐ Me uniré a un programa PACE el (insert date)_____.

☐ Me uniré a una cobertura de mi empleador o sindicato el (insert date)_____.

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

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o si no está seguro, comuníquese con Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para darse de baja. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 8:00 p. m. (Desde el 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.) Fuera 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:		
Identificación del miembro:	Fecha de entrada en vigor:	Tipo de elección: