TUFTS Health Plan

Formulario de solicitud de inscripción individual de Tufts Medicare Preferred para 2027

¿Quién puede usar este formulario?

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

Para afiliarse a un plan, debe tener en cuenta lo siguiente:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- 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 una cobertura que comienza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses posteriores a la primera inscripción en Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan.

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para rellenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Su domicilio permanente y número de teléfono

Nota: Debe llenar todos los puntos en la Sección 1. Los puntos en 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 listo 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 asistirle.

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 (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de recopilación de información, a menos que dicha solicitud exhiba 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 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 comentarios sobre la precisión del tiempo estimado 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 ningún documento que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Se destruirá cualquier elemento que no se relacione con mejorar este formulario o su carga de cobranza (que se indica en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "Qué ocurre a continuación" en esta página para enviar el formulario completo al plan.

Sección 1 Todos los campos en esta sección son obligatorios (a menos que esté marcado como opcional)

Nombre:

Segundo nombre: (opcional)

Apellido:

Título: (opcional)

◯ Sr. ◯ Sra. ◯ Srta.

Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)

Sexo:

◯ M ◯ F

Número de teléfono principal:

☐ Este es un número de teléfono celular (opcional)

Número de teléfono alternativo: (opcional)

☐ Este es un número de teléfono celular (opcional)

Dirección de correo electrónico: (opcional)

Al proporcionar un número de teléfono habilitado para recibir mensajes SMS, usted autoriza a Tufts Health Plan a enviarle mensajes de texto sobre su plan y sus beneficios. Puede darse de baja de los mensajes de texto en cualquier momento. Para conocer los términos de uso de mensajes de texto, visite https://tuftshealthplan.com/text-terms-of-use.

☐ No recibir mensajes de texto SMS

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

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección particular permanente: (se permite 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 proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es un médico, enfermero(a) practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico que proporciona, coordina y le ayuda a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Nombre de su PCP:

Apellido de su PCP:

Dirección o grupo médico de su PCP:

Número de NPI de su PCP*:

¿Es actualmente un paciente?

◯ Sí ◯ No

INFORMACIÓN ÚTIL

Para planes HMO: Seleccione un PCP contratado por Tufts Medicare Preferred HMO e ingrese 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 consultar el número de NPI de su PCP, utilice la herramienta de búsqueda en **thpmp.org/doctor**.

SELECCIONE EL PLAN AL QUE QUIERE AFILIARSE

Fecha de entrada en vigor solicitada:
(dd/mm/aaaa; debe ser en el futuro)

El cuadro a continuación muestra los planes disponibles para cada área de servicios y las primas de los planes mensuales estándar (**en negrita**). En el cuadro, también se muestran las primas del plan con Tufts Medicare Preferred Dental Option incluida (*en cursiva*). Para inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option, llene la sección *Beneficio complementario opcional* a continuación.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) | **Planes de Tufts Medicare Preferred HMO (H2256)**

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth	Prima del plan	*Con opción dental*
○ HMO Basic Rx	**$82/mensual**	*$123.50*
○ HMO Value No Rx	**$133/mensual**	*$174.50*
○ HMO Value Rx	**$185/mensual**	*$226.50*
○ HMO Prime No Rx	**$163/mensual**	*$201.50*
○ HMO Prime Rx	**$214/mensual**	*$252.50*
○ HMO Prime Rx Plus	**$252/mensual**	*$290.50*

Condados de Hampden y Hampshire	Prima del plan	*Con opción dental*
○ HMO Basic Rx	**$65/mensual**	*$106.50*
○ HMO Value Rx	**$108/mensual**	*$149.50*
○ HMO Prime Rx	**$138/mensual**	*$176.50*
○ HMO Prime Rx Plus	**$158/mensual**	*$196.50*

Condados de Essex y Suffolk	Prima del plan	*Con opción dental*
○ HMO Basic No Rx	**$58/mensual**	*$99.50*
○ HMO Basic Rx	**$88/mensual**	*$129.50*
○ HMO Value No Rx	**$153/mensual**	*$194.50*
○ HMO Value Rx	**$207/mensual**	*$248.50*
○ HMO Prime No Rx	**$186/mensual**	*$224.50*
○ HMO Prime Rx	**$244/mensual**	*$282.50*
○ HMO Prime Rx Plus	**$280/mensual**	*$318.50*

Condado de Worcester	Prima del plan	*Con opción dental*
○ HMO Basic No Rx	**$50/mensual**	*$91.50*
○ HMO Basic Rx	**$85/mensual**	*$126.50*
○ HMO Value No Rx	**$142/mensual**	*$183.50*
○ HMO Value Rx	**$190/mensual**	*$231.50*
○ HMO Prime No Rx	**$182/mensual**	*$220.50*
○ HMO Prime Rx	**$224/mensual**	*$262.50*

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) | **Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (H2256)**

	Condados	Prima del plan
○ HMO Smart Saver Rx	Condados de Hampden, Hampshire, Middlesex y Worcester	**$0/mensual**
○ HMO Smart Saver Rx	Condados de Bristol, Essex, Norfolk, Plymouth y Suffolk	**$0/mensual**
○ HMO Smart Saver Rx	Condado de Barnstable	**$0/mensual**

BENEFICIO SUPLEMENTARIO OPCIONAL: Opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option

Solo puede elegir Tufts Medicare Preferred Dental Option junto con un plan médico. A continuación, se muestra el costo adicional de las primas de la tabla anterior para Tufts Medicare Preferred Dental Option:

- *HMO Basic Rx, HMO Basic No Rx, HMO Value Rx y HMO Value No Rx:* **$41.50 al mes**.
- *HMO Prime Rx, HMO Prime Rx Plus* y *HMO Prime No Rx:* **$38.50 al mes**.
- *HMO Smart Saver Rx:* **NO disponible.**

☐ **Sí, deseo añadir Tufts Medicare Preferred Dental Option.**

PPO | **Tufts Medicare Preferred PPO Rx (H9907)**

	Condados	Prima del plan
○ PPO Rx	Condados de Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester	**$220/mensual**

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

- Llene 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:

Fecha de entrada en vigencia: (opcional; dd/mm/aaaa)

HOSPITAL (Part A)

MÉDICA (Part B)

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

◯ **Sí**
◯ **No**

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos de venta con receta (como VA, TRICARE) además de Tufts Health Plan Medicare Preferred? **Si la respuesta es sí,** indique su otra cobertura y los números de miembro y de grupo para esta cobertura:

Número de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

◯ **Sí**
◯ **No**

2. OPCIONAL: ¿Es residente de un centro de cuidados a largo plazo, como una casa de reposo?
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 particular:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

◯ **Sí**
◯ **No**

3. OPCIONAL: ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? (En Massachusetts se llama "MassHealth.")
Si la respuesta es sí, indique 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 por sus siglas en inglés) del 1 de enero al 31 de diciembre.

☐ **4.** Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y ahora tengo nuevas opciones disponibles para mí.

Me mudé el: (dd/mm/aaaa) _____

☐ **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 en la página anterior.

Me mudé el: (dd/mm/aaaa) _____

☐ **6.** Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato.

Dejaré esta cobertura el: (dd/mm/aaaa) _____

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

Hice este cambio el: (dd/mm/aaaa) _____

☐ **8.** 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*).

Hice este cambio el: (dd/mm/aaaa) _____

☐ **9.** Recientemente volví a Estados Unidos tras vivir en el extranjero en forma permanente.

Regresé a los EE. UU. el: (dd/mm/aaaa) _____

☐ **10.** Recientemente obtuve la estadía legal en Estados Unidos.

Obtuve este estado el: (dd/mm/aaaa) _____

☐ **11.** Salí recientemente de una encarcelación.

Salí en libertad el: (dd/mm/aaaa) _____

☐ **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 de forma involuntaria mi cobertura admisible de medicamentos de venta con receta (cobertura tan amplia como la de Medicare).

Perdí mi cobertura de medicamentos el: (dd/mm/aaaa)

☐ **14.** Estoy inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que reúne los requisitos, o estoy por perder 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 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 el plan.

Cancelaron mi inscripción en el SNP el: (dd/mm/aaaa)

☐ **18.** Me vi afectado por una emergencia relacionada con el tiempo 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 aquí se aplica a mí, 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 afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, *comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al* ***1-877-409-3499 (TTY: 711)*** *para verificar si es elegible para cancelar su inscripción. Abrimos de 8 a. m. a 8 p. m., 7 días a 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 proveedor 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 médicos fuera del círculo de referidos del 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 lo firma un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que
  1) esta persona está autorizada por las leyes del estado a completar esta inscripción; y
  2) la documentación de esta autoridad está disponible si Medicare la solicita.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** (dd/mm/aaaa) _____

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

Nombre completo:

Dirección particular:

Ciudad: Estado: Código postal:

Número de teléfono: Relación con el afiliado:

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 enviarnos 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 en un idioma distinto al que 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).*

☐ Me gustaría inscribirme en eDelivery y recibir mi Aviso Anual de Cambio (ANOC, por sus siglas en inglés), Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), Formulario, Directorio de proveedores y Directorio de farmacias de forma electrónica en lugar de por correo.

☐ Me gustaría recibir mi Explicación de beneficios médicos (EOB, por sus siglas en inglés) de forma electrónica en lugar de por correo.

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 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 la RRB podría tardar uno o más meses en iniciarse. Es posible que haya un retraso en la retención de su prima debido al programa 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 en papel 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, por sus siglas en inglés], 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 CORREDOR

NPN de representante: 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**			◯ Prime No Rx	**016/001**	◯ Prime No Rx	**039/000**
◯ Prime Rx Plus	**001/002**			◯ Prime Rx	**015/001**	◯ Prime Rx	**033/000**
				◯ Prime Rx Plus	**001/001**		

Condados de Hampden, Hampshire, Middlesex y Worcester		Condados de Bristol, Essex, Norfolk, Plymouth y Suffolk		Condado de Barnstable	
◯ Smart Saver Rx	**047/001**	◯ Smart Saver Rx	**047/002**	◯ Smart Saver Rx	**047/003**

Tufts Medicare Preferred PPO Rx (H9907)

Condados de Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester	
◯ PPO Rx	**003/000**

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 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación 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, System of Records Notice) Plan de "Medicamentos Recetados Medicare Advantage" (MARx, Medicare Advantage Prescription Drug), Sistema n.° 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 género (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).

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 fòma 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 مجانًا. 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 auxiliaires 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 ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.