Formulario de Inscripción MassHealth Senior Care Options (SCO) y Medicare Advantage para 2027

Este formulario es para personas que tienen beneficios de MassHealth Standard y de Medicare Part A y B, y que deciden inscribirse en Tufts Health Plan Senior Care Options. Debe tener 65 años de edad o más, contar con 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 atención para personas de la tercera edad. Para solicitar MassHealth, llame al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con problemas de audición o del habla).

◯ Tufts Health Plan Senior Care Options (D-SNP) H8330-001-000

◯ Tufts Health Plan Senior Care Options CW (D-SNP) H8330-002-000

INFORMACIÓN DE MASSHEALTH

¿Está inscrito en MassHealth?

◯ Sí ◯ No

Su número de ID de MassHealth:

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

Nombre del médico de atención primaria que ha seleccionado:

¿Es actualmente un paciente?

◯ Sí ◯ No

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre: Inicial seg. nombre: Apellido:

Título:

◯ Sr. ◯ Sra. ◯ Srta.

Fecha de nacimiento:

Sexo:

◯ M ◯ F

Formato preferido para los materiales:

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Otro:

Idioma preferido para lectura:

Idioma preferido para conversación:

Dirección de correo electrónico:

☐ Deseo inscribirme en eDelivery y recibir mi Aviso Anual de Cambio (Annual Notice of Change, ANOC), Manual del Miembro, Formulario, Directorio de Proveedores y Farmacias de Forma Electrónica en lugar de por correo postal.

☐ Deseo recibir electrónicamente mi Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) en lugar de por correo postal.

Dirección permanente (no se permite P.O. Box, a menos que usted no tenga una residencia permanente)

Dirección: Ciudad:

Estado: Código postal: Número de teléfono:

☐ Este es un número de teléfono móvil (opcional)

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

Dirección: Ciudad:

Estado: Código postal: Número de teléfono:

☐ Este es un número de teléfono móvil (opcional)

Al proporcionar un número de teléfono habilitado para SMS, usted autoriza a Tufts Health Plan Senior Care Options a enviarle mensajes de texto sobre su plan y sus beneficios. Puede cancelar la suscripción a 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.

☐ Cancelar suscripción a mensajes de texto SMS

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

Nombre del centro de enfermería:

Dirección: Ciudad:

Estado: Código postal: Número de teléfono:

INFORMACIÓN DE MEDICARE

Por favor, use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Llene la información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.
- **O** adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Social Security Administration o la Railroad Retirement Board.

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

Nombre: (tal como aparece en su tarjeta de Medicare; opcional)

Número de Medicare:

Tiene derecho a: Fecha de vigencia: (opcional; mm/dd/yyyy)

HOSPITAL (Part A)

MEDICAL (Part B)

Pase a la página siguiente. ›

OTRO SEGURO MÉDICO

¿Tiene algún otro seguro médico distinto a Medicare o MassHealth?

◯ Sí ◯ No

Si respondió 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 Dual Special Needs Plan (D-SNP) y tiene un contrato con el gobierno federal. Tufts Health Plan Senior Care Options también tiene un contrato con Commonwealth of Massachusetts/MassHealth. Necesitaré mantener mi MassHealth Standard y mis Medicare Parts A y B. Solo puedo estar en un 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 solicito dejar Tufts Health Plan Senior Care Options. (Por ejemplo: solicito dejar este plan el 10 de julio; ya no estoy cubierto por este plan el 1 de agosto).

Tufts Health Plan Senior Care Options atiende un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área que atiende Tufts Health Plan Senior Care Options, debo notificar al plan para poder darme de baja y buscar otro plan en mi área nueva. Una vez que 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 el Manual del Miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir para recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare no suelen tener cobertura de Medicare mientras están fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE.UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Tufts Health Plan Senior Care Options, debo recibir toda mi atención médica de Tufts Health Plan Senior Care Options, con excepción de los servicios de emergencia o servicios urgentemente necesarios, o de diálisis fuera del área de servicio. Los servicios autorizados por Tufts Health Plan Senior Care Options y otros servicios incluidos en mi Manual del Miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH PLAN SENIOR CARE OPTIONS PAGARÁN LOS SERVICIOS.

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor o de otra persona empleada o contratada por Tufts Health Plan Senior Care Options, esta persona podría recibir una compensación basada en mi inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Reconozco que, si me incorporo a este plan de salud de Medicare, dicho plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que Tufts Health Plan Senior Care Options divulgará mi información a Medicare, quien podrá divulgarla para fines de investigación y otros propósitos que cumplan con todas las leyes 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 para actuar en nombre de la persona bajo las leyes del estado donde reside el individuo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Tufts Health Plan Senior Care Options o Medicare.

Uno de nuestros representantes del servicio al afiliado le llamará dentro de los próximos 10 días para verificar la información en este formulario y para asegurarse de que comprende las normas de nuestro plan.

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

Mejor horario para llamar:

◯ Mañana ◯ Tarde ◯ Noche

FIRMA

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha de hoy: _____

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el afiliado: _____

Envíe el formulario listo 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 DE LA OFICINA/CORREDOR

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si asistió en la inscripción): _____

NPN del agente (solo corredores): _____

Nombre de la agencia: _____

Nombre de la FMO: _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Fecha de inicio de la cobertura: _____

Período de inscripción:

☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ OEP ☐ Integrated Care SEP (P) ☐ Otro SEP: _____

NOTAS

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 1-855-670-5934 (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.

العربية (Arabic) 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)** ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-670-5934 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.