Formulario de Inscripción de MassHealth One Care y Medicare Advantage para 2027

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 One Care. Debe tener tanto Medicare Part A como Part B y ser elegible para Part D, ser elegible para MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth, vivir en el área de servicio de Tufts Health One Care, no tener ningún otro seguro médico integral excepto Medicare, y no estar inscrito en una exención de MassHealth Home and Community-based Services (HCBS) de MassHealth para inscribirse en una organización One Care. 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 One Care (D-SNP) H5314-001-000

◯ Tufts Health One Care CW (D-SNP) H5314-002-000

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 One Care 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 One Care es un Dual Special Needs Plan (D-SNP) y tiene un contrato con el gobierno federal. Tufts Health One Care 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 One Care en cualquier momento. Ya no estaré cubierto por Tufts Health One Care a partir del primer día del mes siguiente al mes en que solicito dejar Tufts Health One Care. (Por ejemplo: solicito dejar este plan el 10 de julio; ya no estoy cubierto por este plan el 1 de agosto).

Tufts Health One Care atiende un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área que atiende Tufts Health One Care, 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 One Care, 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 One Care 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 One Care, debo recibir toda mi atención médica de Tufts Health One Care, 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 One Care y otros servicios incluidos en mi Manual del Miembro de Tufts Health One Care (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH ONE CARE PAGARÁN LOS SERVICIOS.

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

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 One Care 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 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.

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 según la ley estatal para completar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Tufts Health One Care 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 One Care 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 1-855-393-3154 (TTY: 711), seven days a week from 8 a.m. to 8 p.m., 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 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., o hable con su proveedor.

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 1-855-393-3154（文本电话：711, 每天早上 8 点到晚上 8 点, 或咨询您的服务提供商。

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 1-855-393-3154 (TTY: 711), sept jours sur sept, de 8 a.m. à 8 p.m., ou parlez à votre fournisseur.

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 1-855-393-3154 (Người khuyết tật: 711), bảy ngày trong tuần từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-393-3154 (TTY: 711), Sieben Tage die Woche von 8 bis 20 Uhr., an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Japanese 注：他の言語をお話しになる場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。また、適切な補助サポートおよびサービスをアクセス可能な形式の情報として無料でお届けしております。1-855-393-3154（TTY：711）（年中無休、午前 8 時～午後 8 時）にお電話いただくか、ご利用のプロバイダにお知らせください。

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. 1-855-393-3154 (TTY: 711), 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지, 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

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
1-855-393-3154 (TTY: 711), семь дней в неделю с 8 a.m. до 8 p.m., или обратитесь к своему поставщику услуг.

(Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فستكون هناك خدمات مساعدة لغوية مجانية متاحة لك. كما تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات مساعدة مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-393-3154 (رقم الهاتف النصي: 711)، على مدار الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، أو تحدث إلى موفر الخدمة الذي تتعامل معه.

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। 1-855-393-3154 (TTY: 711) ,सप्ताह के सातों दिन, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक।, पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

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'1-855-393-3154 (tty: 711), sette giorni su sette dalle 8.00 alle 20.00., o parla con il tuo fornitore.

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 1-855-393-3154 (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711), sete dias por semana, das 8h às 20h., ou fale com o seu prestador.

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 1-855-393-3154 (TTY: 711), siedem dni w tygodniu, od 8:00 do 20:00., lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចូរចាប់អារម្មណ៍៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងទៀត
សេវាជំនួយខាងភាសាដោយឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ សេវា
និងជំនួយសមស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចប្រើប្រាស់បានក៏មានដោយមិនគិតថ្លៃដងដែរ។
សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-393-3154 (TTY: 711), បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8
យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

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 1-855-393-3154 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

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 1-855-393-3154 (TTY: 711), Επτά ημέρες την εβδομάδα, από τις 8:00 π.μ. έως τις 8:00 μ.μ., ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑકિઝલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-393-3154 (TTY: 711), સપ્તાહના સાતેય દિવસ સવારે 8 વાગ્યાથી રાત્રિના 8 વાગ્યા સુધી., પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Tagalog PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng ibang lenggwahe, ang libreng tulong sa wika ay maari mong magamit. Ang naaangkop na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon na naa-access na pormat ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-393-3154 (TTY: 711), pitong araw sa isang linggo mula 8:00 ng umaga hanggang 8:00 ng gabi o maaring makipag usap sa provider.

ลาว(Laos) ຊືນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-393-3154 (TTY: 711), 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ., ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.