



# Formulario de inscripción individual de Tufts Medicare Preferred HMO 2021

## ¿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 un ciudadano estadounidense o estar legalmente en el país.
- Vivir en el área del servicio del plan

**Importante:** Para afiliarse a Medicare Advantage Plan, debe tener las siguientes dos cosas:

- 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 la cobertura que empieza el 1 de enero)
- Dentro de 3 meses desde que obtuvo Medicare por primera vez
- En ciertas circunstancias en las que tiene permitido afiliarse o cambiar planes.

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

## ¿Qué necesito para llenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección 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 llenado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir 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 de Empleados Ferroviarios).

## ¿Qué es lo siguiente?

Envíe el formulario llenado y firmado a:

Tufts Health Plan Medicare Preferred  
P.O. Box 9178  
Watertown, MA 02472

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**. Los usuarios de TTY pueden llamar al 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 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

En conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (PRA, Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que ésta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, Office of Management & Budget). El número de control válido de la OMB para esta recopilación es 0938-NEW. 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 algún comentario sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir 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 cualquier otro elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historia clínica, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes PRA (PRA Reports Clearance Office). 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 no enviará al plan. Consulte "What happens next?" (¿Qué ocurre a continuación?) en esta página para enviar el formulario lleno al plan.

# Sección 1

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

Nombre:  In. seg. nom.: (opcional)  Apellido:

Título: (opcional)  Sr.  Sra.  Srta. Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)  /  /  Sexo:  M  F

Número de teléfono principal:  -  -  Número de teléfono alternativo: (opcional)  -  -   
 Este es un número de teléfono móvil (opcional)  Este es un número de teléfono móvil (opcional)

Dirección de correo electrónico: (opcional)

Dirección particular permanente: (no ingrese un apartado postal)

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Dirección postal, solo si es distinta a la dirección particular permanente: (Se admite apartado postal)

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Contacto de emergencia: (opcional)

Número de teléfono: (opcional)  -  -  Relación con usted: (opcional)

## SELECCIONE EL PLAN AL QUE QUIERE AFILIARSE

Fecha de entrada en vigor obligatoria:

(mm/dd/aaaa; debe ser una fecha futura)

 /   / 

El cuadro a continuación muestra los planes disponibles para cada área de servicios y las primas de los planes mensuales estándar (**en negrita**). La tabla también muestra las primas del plan con la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred incluida (*en cursiva*). Para inscribirse en la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred, llene la sección *Beneficios complementarios opcionales* a continuación.

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex y Norfolk o Plymouth	Prima del plan	con opción dental	Condados de Hampden y Hampshire	Prima del plan	con opción dental
<input type="radio"/> HMO Saver Rx (HMO)	<b>\$0</b> /mes	<i>\$17</i>	<input type="radio"/> HMO Saver Rx (HMO)	<b>\$0</b> /mes	<i>\$17</i>
<input type="radio"/> HMO Basic Rx (HMO)	<b>\$46</b> /mes	<i>\$63</i>	<input type="radio"/> HMO Basic Rx (HMO)	<b>\$35</b> /mes	<i>\$52</i>
<input type="radio"/> HMO Value No Rx (HMO)	<b>\$103</b> /mes	<i>\$133</i>	<input type="radio"/> HMO Value Rx (HMO)	<b>\$73</b> /mes	<i>\$103</i>
<input type="radio"/> HMO Value Rx (HMO)	<b>\$150</b> /mes	<i>\$180</i>	<input type="radio"/> HMO Prime Rx (HMO)	<b>\$98</b> /mes	<i>\$128</i>
<input type="radio"/> HMO Prime No Rx (HMO)	<b>\$133</b> /mes	<i>\$163</i>	<input type="radio"/> HMO Prime Rx Plus (HMO)	<b>\$118</b> /mes	<i>\$148</i>
<input type="radio"/> HMO Prime Rx (HMO)	<b>\$180</b> /mes	<i>\$210</i>			
<input type="radio"/> HMO Prime Rx Plus (HMO)	<b>\$214</b> /mes	<i>\$244</i>			
Condados de Essex y Suffolk	Prima del plan	con opción dental	Condado de Worcester	Prima del plan	con opción dental
<input type="radio"/> HMO Saver Rx (HMO)	<b>\$0</b> /mes	<i>\$17</i>	<input type="radio"/> HMO Saver Rx (HMO)	<b>\$0</b> /mes	<i>\$17</i>
<input type="radio"/> HMO Basic No Rx (HMO)	<b>\$28</b> /mes	<i>\$45</i>	<input type="radio"/> HMO Basic No Rx (HMO)	<b>\$20</b> /mes	<i>\$37</i>
<input type="radio"/> HMO Basic Rx (HMO)	<b>\$61</b> /mes	<i>\$78</i>	<input type="radio"/> HMO Basic Rx (HMO)	<b>\$43</b> /mes	<i>\$60</i>
<input type="radio"/> HMO Value No Rx (HMO)	<b>\$123</b> /mes	<i>\$153</i>	<input type="radio"/> HMO Value No Rx (HMO)	<b>\$112</b> /mes	<i>\$142</i>
<input type="radio"/> HMO Value Rx (HMO)	<b>\$170</b> /mes	<i>\$200</i>	<input type="radio"/> HMO Value Rx (HMO)	<b>\$160</b> /mes	<i>\$190</i>
<input type="radio"/> HMO Prime No Rx (HMO)	<b>\$156</b> /mes	<i>\$186</i>	<input type="radio"/> HMO Prime No Rx (HMO)	<b>\$152</b> /mes	<i>\$182</i>
<input type="radio"/> HMO Prime Rx (HMO)	<b>\$203</b> /mes	<i>\$233</i>	<input type="radio"/> HMO Prime Rx (HMO)	<b>\$195</b> /mes	<i>\$225</i>
<input type="radio"/> HMO Prime Rx Plus (HMO)	<b>\$235</b> /mes	<i>\$265</i>			

### BENEFICIO COMPLEMENTARIO OPCIONAL: Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option

Solo puede elegir la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred junto con un plan médico. La opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred cuesta **\$17 al mes** para los planes *HMO Saver Rx*, *HMO Basic Rx* y *HMO Basic No Rx*. La opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred cuesta **\$30 al mes** para el resto de los planes. La tabla anterior muestra las primas del plan con la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred incluida (*en cursiva*).

**Sí, me gustaría añadir la opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred.**

## 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 la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre: (como aparece en la tarjeta de Medicare, opcional)

Número de Medicare:

 -  - 

Tiene derecho a:

**HOSPITAL (Part A)**

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

 /  **0 1** / 

**MÉDICA (Part B)**

 /  **0 1** / 

## RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

- Sí** 1. Will you have other prescription drug coverage (like VA, TRICARE) in addition to 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:
- No**

Número de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

- Sí** 2. **OPCIONAL:** ¿Es usted residente de un centro de cuidados a largo plazo, como una casa de reposo?
- No** **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** 3. **OPCIONAL:** ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado? (En Massachusetts, este programa se llama "MassHealth.") **Si** la respuesta es **sí**, indique su número de Medicaid:
- No**

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 al 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 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 inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- 1.** Período de inscripción anual (AEP, Annual Enrollment Period). 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, Medicare Advantage Open Enrollment Period) del 1 de enero al 31 de diciembre.
- 4.** Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me cambié el: (MM/DD/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 cambié el: (MM/DD/AAAA)  
 /  /
- 6.** Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato. Dejaré esta cobertura el: (MM/DD/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: (MM/DD/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: (MM/DD/AAAA)  
 /  /
- 9.** Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo pagos de *Extra Help* por mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- 10.** Recientemente volví a Estados Unidos tras vivir en el extranjero en forma permanente. Volveré a EE. UU. el: (MM/DD/AAAA)  
 /  /
- 11.** Recientemente obtuve la estadia legal en Estados Unidos. Recibí este estado el: (MM/DD/AAAA)  
 /  /
- 12.** Salí recientemente de una encarcelación. Salí en libertad el: (MM/DD/AAAA)  
 /  /

- 13.** Recientemente dejé un Programa de Atención Todo Incluido para Adultos Mayores (PACE, Program of All-Inclusive Care for the Elderly). Dejó este programa el: (MM/DD/AAAA)  
 /  /
- 14.** Recientemente perdí en forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan amplia como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos (MM/DD/AAAA)  
 /  /
- 15.** Soy parte de un programa de ayuda farmacéutica ofrecido por mi estado.
- 16.** Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- 17.** Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el: (MM/DD/AAAA)  
 /  /
- 18.** Me inscribí en un plan para necesidades especiales (SNP, Special Needs Plan), pero perdí la calificación de necesidades especiales obligatoria para estar en el plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el: (MM/DD/AAAA)  
 /  /
- 19.** 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, Federal Emergency Management Agency). Una de las otras afirmaciones aquí se aplica a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.
- 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** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) *para verificar si es elegible para cancelar su inscripción. Estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.)*

## 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 uno a Medicare Advantage Plan or Medicare Prescription Drug 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.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si doy información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción en el plan.
- Entiendo que los afiliados con Medicare no suelen tener cobertura de Medicare mientras estén fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Comprendo que cuando comience la cobertura de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO y debo elegir un médico de atención primaria (PCP) y obtener un referido antes de ver a un especialista dentro del círculo de referidos del 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. Tendrán cobertura los beneficios y servicios proporcionados por Tufts Health Plan Medicare Preferred e incluidos en la "Evidencia de Cobertura" de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO (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.
- Los beneficios dentales para miembros de Tufts Health Plan Medicare Preferred son administrados por Dominion Dental Services, Inc. Para hacer preguntas sobre sus beneficios o la red de médicos, comuníquese con Relaciones con el Cliente.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud indica que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
  - 1) esta persona está autorizada según la ley estatal para realizar esta inscripción y
  - 2) la documentación de esta autorización está disponible previa solicitud a Medicare.

Firma:

Fecha de hoy: (MM/DD/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 beneficiario:

## Sección 2 Todos los campos en esta sección son opcionales

Usted decide si responde estas preguntas. No pueden negarle la cobertura porque no los llenó.

Idioma escrito preferido:

Idioma hablado preferido:

Seleccione uno si quiere enviarnos su información en un idioma distinto al inglés.

Español

Seleccione uno si quiere enviarnos su información en un formato accesible.

Braille  Letra grande  CD de audio

Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al **1-877-409-3499** si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al que se indicó anteriormente. Estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m) los usuarios TTY pueden llamar al **711**.

Elija un médico de atención primaria (PCP) que tenga contrato con Tufts Medicare Preferred HMO:

¿Es actualmente un paciente?

Sí  No

**Si no indica un PCP aquí, le asignaremos uno en forma automática.** Puede cambiar al PCP en cualquier momento después de su inscripción.

### Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan, que incluye toda multa por inscripción tardía que deba o que podría deber, por correo o mediante una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer o EFT por sus siglas en inglés) cada mes. También puede elegir pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, Railroad Retirement Board) cada mes.

Si tiene que pagar la cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos (IRMAA, Income Related Monthly Adjustment Amount) de Part D, debe pagarla en forma independiente a la prima del plan. Por lo general, la cantidad de deduce del beneficios del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o la RRB). NO pague a Tufts Health Plan Medicare Preferred la Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos de Part D (Part D-IRMAA, Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount).

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

### Seleccione una opción de pago de primas:

Recibir una factura todos los meses.

Transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer o EFT por sus siglas en inglés) 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 del Seguro Social.

Deducción automática de su cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (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 durante el primer mes o los primeros 2 meses hasta que se le deduzca la prima del cheque de beneficios de la RRB o del Seguro Social. Usted es responsable de pagar todas las primas pendientes hasta que comience la retención de primas. Si no paga la prima del mes 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 USO INTERNO DE LA OFICINA O CORREDOR**

Nombre del miembro del personal, representante o corredor (si ayudó en la inscripción): (en letra de imprenta)

NPN de representante:



Fecha de recepción de la solicitud (mm/dd/aaaa):

Fecha de entrada en vigor de la cobertura (mm/dd/aaaa):

 /  / 
 /  / 

N.º de Id. del plan:

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex y Norfolk o Plymouth		Condados de Hampden y Hampshire		Condados de Essex y Suffolk		Condado de Worcester	
<input type="radio"/> Saver Rx	<b>028/000</b>	<input type="radio"/> Saver Rx	<b>028/000</b>	<input type="radio"/> Saver Rx	<b>028/000</b>	<input type="radio"/> Saver Rx	<b>028/000</b>
<input type="radio"/> Basic Rx	<b>026/002</b>	<input type="radio"/> Basic Rx	<b>026/003</b>	<input type="radio"/> Basic No Rx	<b>042/000</b>	<input type="radio"/> Basic No Rx	<b>041/000</b>
<input type="radio"/> Value No Rx	<b>019/007</b>	<input type="radio"/> Value Rx	<b>018/008</b>	<input type="radio"/> Basic Rx	<b>026/001</b>	<input type="radio"/> Basic Rx	<b>036/000</b>
<input type="radio"/> Value Rx	<b>018/007</b>	<input type="radio"/> Prime Rx	<b>015/006</b>	<input type="radio"/> Value No Rx	<b>019/001</b>	<input type="radio"/> Value No Rx	<b>040/000</b>
<input type="radio"/> Prime No Rx	<b>016/002</b>	<input type="radio"/> Prime Rx Plus	<b>001/006</b>	<input type="radio"/> Value Rx	<b>018/001</b>	<input type="radio"/> Value Rx	<b>034/000</b>
<input type="radio"/> Prime Rx	<b>015/002</b>			<input type="radio"/> Prime No Rx	<b>016/001</b>	<input type="radio"/> Prime No Rx	<b>039/000</b>
<input type="radio"/> Prime Rx Plus	<b>001/002</b>			<input type="radio"/> Prime Rx	<b>015/001</b>	<input type="radio"/> Prime Rx	<b>033/000</b>
				<input type="radio"/> Prime Rx Plus	<b>001/001</b>		

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, Centers for Medicare & Medicaid Services) 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, Prescription Drug Plans), mejorar la atención y para pagar 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.º 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 motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata en forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.**

### **Tufts Health Plan:**

- Entrega ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios lingüísticos gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Tufts Health Plan, a la atención de:

Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

705 Mount Auburn St., Watertown, MA 02472

Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000, (TTY: 711)

Fax: 1-617-972-9048

Correo electrónico: [OCRCoordinator@tufts-health.com](mailto:OCRCoordinator@tufts-health.com)

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

[thpmp.org](http://thpmp.org) | 1-800-701-9000 (TTY: 711)

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-701-9000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-701-9000 (TTY: 711)。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیریید. 1-800-701-9000 (TTY: 711) فراهم می باشد.

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Greek:** ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Gujarati:** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Haitian Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Italian:** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-701-9000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Khmer (Cambodian):** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្បួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-701-9000 (TTY: 711)

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-701-9000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Navajo:** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílt'igo Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwoḍeę, t'áá jiikeh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-701-9000 (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-701-9000 (TTY: 711).