



FORMULARIO DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL AL PLAN TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO 2018

Comuníquese con el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred si necesita información en otro idioma o formato (braille).

PO Box 9178
Watertown, MA 02472

MASSACHUSETTS

PARA AFILIARSE AL PLAN TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Marque el plan al cual desea afiliarse (la opción Tufts Medicare Preferred HMO Delta Dental® Option solo se puede seleccionar junto con un plan médico):

Si vive en los condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk, Plymouth	Si vive en los condados de Hampden o Hampshire																																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Saver Rx</td><td style="text-align: right;">\$0.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Basic Rx</td><td style="text-align: right;">\$46.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Value No Rx</td><td style="text-align: right;">\$103.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Value Rx</td><td style="text-align: right;">\$132.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx</td><td style="text-align: right;">\$133.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime Rx</td><td style="text-align: right;">\$166.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus</td><td style="text-align: right;">\$200.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$46.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$103.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$132.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$133.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$166.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus	\$200.00	por mes	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Basic Rx</td><td style="text-align: right;">\$24.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Value No Rx</td><td style="text-align: right;">\$41.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Value Rx</td><td style="text-align: right;">\$70.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx</td><td style="text-align: right;">\$67.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime Rx</td><td style="text-align: right;">\$100.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus</td><td style="text-align: right;">\$132.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$24.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$41.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$70.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$67.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$100.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus	\$132.00	por mes						
<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$46.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$103.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$132.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$133.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$166.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus	\$200.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$24.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$41.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$70.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$67.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$100.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus	\$132.00	por mes																																												
Beneficio complementario adicional: <input type="checkbox"/> Delta Dental® Option \$54.00 por mes	Beneficio complementario adicional: <input type="checkbox"/> Delta Dental® Option \$54.00 por mes																																													
Si vive en los condados de Essex o Suffolk	Si vive en el condado de Worcester																																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Saver Rx</td><td style="text-align: right;">\$0.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Basic No Rx</td><td style="text-align: right;">\$38.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Basic Rx</td><td style="text-align: right;">\$66.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Value No Rx</td><td style="text-align: right;">\$123.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Value Rx</td><td style="text-align: right;">\$152.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx</td><td style="text-align: right;">\$156.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime Rx</td><td style="text-align: right;">\$189.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus</td><td style="text-align: right;">\$221.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Basic No Rx	\$38.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$66.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$123.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$152.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$156.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$189.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus	\$221.00	por mes	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Saver Rx</td><td style="text-align: right;">\$0.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Basic No Rx</td><td style="text-align: right;">\$40.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Basic Rx</td><td style="text-align: right;">\$68.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Value No Rx</td><td style="text-align: right;">\$112.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Value Rx</td><td style="text-align: right;">\$147.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx</td><td style="text-align: right;">\$152.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HMO Prime Rx</td><td style="text-align: right;">\$186.00</td><td style="text-align: right;">por mes</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Basic No Rx	\$40.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$68.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$112.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$147.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$152.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$186.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Basic No Rx	\$38.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$66.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$123.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$152.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$156.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$189.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus	\$221.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Basic No Rx	\$40.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$68.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$112.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$147.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$152.00	por mes																																												
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$186.00	por mes																																												
Beneficio complementario adicional: <input type="checkbox"/> Delta Dental® Option \$54.00 por mes	Beneficio complementario adicional: <input type="checkbox"/> Delta Dental® Option \$54.00 por mes																																													

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (__ / __ / ____) (DD / MM / AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: ()	Número de teléfono alternativo: ()
Dirección de correo electrónico:			
Dirección de residencia permanente (No se aceptan apartados postales):		Ciudad:	Estado: Código postal:
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Idioma escrito preferido:		Idioma hablado preferido:	
Contacto de emergencia:		Número de teléfono: ()	Relación con usted:

Proporcione su información del seguro de Medicare

Para completar esta sección, tenga a mano la tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

O BIEN

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, la carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.

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

Número de Medicare: _____

Autorizado para recibir:

Fecha de entrada en vigencia:

HOSPITALARIO (Parte A) _____

MÉDICO (Parte B) _____

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

Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que debe una multa por afiliación tardía (o si tiene actualmente una multa por afiliación tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla.

Puede pagar mensualmente la prima del plan, incluida cualquier multa por afiliación tardía que tenga actualmente o que deba, mediante correo postal o a través de una transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT). También puede elegir pagar mensualmente su prima mediante una deducción automática del cheque de prestaciones del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).

Si se evalúa la posibilidad de un ajuste mensual por ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo informará. Usted deberá pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Dicha cantidad se le retendrá del cheque de prestaciones del Seguro Social, o bien, se le facturará directamente a través de Medicare o la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB). NO le pague el ajuste mensual por ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA) de la Parte D a Tufts Health Plan Medicare Preferred.

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, que incluyen las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que reúnan los requisitos no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a la multa por afiliación tardía. Muchas personas son elegibles para acceder a estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778. También puede solicitar dicha ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional para cubrir los costos de cobertura de los medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda la prima del plan o solo una parte. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Selecciona una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura todos los meses
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su banco todos los meses
- Deducción automática del cheque de prestaciones del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB)

Recibo prestaciones mensuales del/la: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar. Es posible que haya una demora en la retención de su prima debido al cronograma de procesamiento mensual de la Administración de Seguridad Social [Social Security Administration, SSA], dado que la fecha de comienzo de la retención de la prima no puede ser retroactiva. Si hay una demora, se le facturarán directamente los primeros 1 o 2 meses, hasta que la prima se deduzca del cheque de prestaciones del Seguro Social o la RRB. Usted es responsable de pagar todas las primas que deba hasta que comience a realizarse la retención. Si no paga la prima correspondiente al (los) mes(es) previo(s) al comienzo de la retención, es posible que se cancele su afiliación al plan Tufts Health Plan Medicare Preferred. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud para la deducción automática, le enviaremos una factura impresa en concepto de las primas mensuales).

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. Elija un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) contratado por Tufts Medicare Preferred HMO:

Sí No ¿Es usted un paciente actual?

Sí No 2. ¿Tiene insuficiencia renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)?
Si se le ha realizado un trasplante renal con éxito o ya no necesita someterse a diálisis de manera regular, adjunte una nota o los registros de su médico que demuestren que se le ha realizado un trasplante renal exitoso o que ya no necesita la diálisis, de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

Sí No 3. Puede que algunas personas tengan otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de prestaciones de salud para empleados federales, prestaciones para veteranos o programas de ayuda farmacéutica estatales. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de Tufts Medicare Preferred HMO?
Si respondió "sí", enumere la otra cobertura y el número de identificación (ID) correspondiente:
Nombre de la otra cobertura: N.º de ID de dicha cobertura: N.º de grupo de dicha cobertura:

Sí No 4. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como una residencia para ancianos? Si respondió "sí", proporcione la siguiente información:
Nombre de la institución: Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle):

Sí No 5. ¿Está afiliado al programa Medicaid en su estado?
Si respondió "sí", proporcione el número de Medicaid:

Sí No 6. ¿Trabajan usted o su cónyuge?

Normalmente, puede afiliarse a un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de afiliación anual, el cual abarca desde 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle afiliarse a un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica, según su leal saber y entender, que es elegible para un período de afiliación. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su afiliación.

- Soy nuevo en Medicare.
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (introduzca la fecha) _____
- Fui liberado recientemente de la cárcel. Obtuve mi libertad el (introduzca la fecha) _____
- Regresé recientemente a los Estados Unidos después de haber vivido de manera permanente en el extranjero. Regresé a los EE. UU. el (introduzca la fecha) _____
- Obtuve recientemente mi residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (introduzca la fecha) _____

- Tengo Medicare y Medicaid, o bien, el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Ya no reúno los requisitos para recibir la ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados de Medicare. Deje de recibir la ayuda adicional el (introduzca la fecha) _____
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno actualmente o me he mudado de uno recientemente (por ejemplo, una residencia para ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré próximamente/me mudé del centro el (introduzca la fecha) _____
- Cancelé recientemente mi afiliación a un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) el (introduzca la fecha) _____
- Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (introduzca la fecha) _____
- Cancelaré la cobertura con mi empleador o el sindicato el (introduzca la fecha) _____
- Cuento con un programa de ayuda farmacéutica provisto por el estado.
- Mi plan cancela el contrato con Medicare, o bien, Medicare cancela el contrato con mi plan.
- Estaba afiliado a un plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí los requisitos para las necesidades especiales obligatorios para contar con dicho plan. Cancelaron mi afiliación al SNP el (introduzca la fecha) _____
- 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 averiguar si es elegible para afiliarse. Atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá su llamada el siguiente día hábil.

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en otro formato:

- Español
- Letra grande

Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al 1-877-409-3499 (TTY: 711) si necesita información en un formato o idioma diferentes de los que figuran arriba. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá su llamada el siguiente día hábil.



Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura médica por parte de su empleador o sindicato, la afiliación a Tufts Medicare Preferred HMO podría afectar las prestaciones de salud que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se afilia a Tufts Medicare Preferred HMO. Lea las notificaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las notificaciones. Si no hay ningún tipo de información de contacto, su administrador de prestaciones o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura pueden brindarle asistencia.

Lea y firme abajo

Al completar esta solicitud de afiliación, acepto lo siguiente:

Tufts Health Plan Medicare Preferred es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Debo conservar la Parte A y la Parte B de Medicare. Solo puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi afiliación a este plan finalizará automáticamente mi afiliación a cualquier otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarle de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. Entiendo que si no tengo una cobertura de medicamentos recetados de Medicare ni una cobertura de medicamentos recetados acreditable (tan buena como la de Medicare), posiblemente deba pagar una multa por afiliación tardía si obtengo una cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. Por lo general, la afiliación a este plan es por un año entero. Una vez que me afilie, puedo cancelar este plan o hacer cambios únicamente en ciertos momentos durante el año, cuando esté disponible el período de afiliación (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bien, en ciertas circunstancias especiales. Tufts Medicare Preferred HMO opera en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Tufts Medicare Preferred HMO opera, debo informárselo al plan, de modo que pueda cancelar mi afiliación y buscar otro plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Tufts Medicare Preferred HMO, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan con respecto a los pagos o servicios, si no estoy de acuerdo. Cuando la reciba, leeré la Evidencia de cobertura de Tufts Health Plan Medicare Preferred, para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas mientras están fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera con los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO, puedo acceder a cualquier tipo de atención médica de Tufts Medicare Preferred HMO, salvo por servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área de cobertura; además, debo elegir un médico de atención primaria (PCP) y obtener una derivación antes de consultar con un especialista dentro del círculo de derivaciones de mi PCP. Si recibo atención de rutina por parte de proveedores que no pertenezcan al círculo de derivaciones de mi PCP, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables de dicho costo. Se cubrirán los servicios autorizados por Tufts Medicare Preferred HMO y otros servicios incluidos en la Evidencia de cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO (también conocida como contrato de afiliación o acuerdo de suscripción). Sin autorización, NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH PLAN MEDICARE PREFERRED PAGARÁN POR DICHOS SERVICIOS.

Entiendo que si recibo asistencia de un representante de ventas, intermediario u otra persona empleada o contratada por Tufts Health Plan Medicare Preferred, dicha persona puede recibir el pago según mi afiliación a Tufts Medicare Preferred HMO.

Divulgación de información: al afiliarme a este plan médico de Medicare, reconozco que Tufts Health Plan Medicare Preferred compartirá mi información con Medicare y con otros planes, según sea necesario, para recibir tratamiento, realizar un pago y llevar a cabo procedimientos de atención médica. También reconozco que Tufts Health Plan Medicare Preferred compartirá con Medicare mi información, la cual incluye datos sobre medicamentos recetados; por su parte, Medicare puede divulgar dicha información por motivos de investigación u otros fines, los cuales cumplen con todas las leyes y reglamentaciones federales pertinentes. Según mi leal saber y entender, la información que figura en este formulario de afiliación es correcta. Entiendo que si proporciono deliberadamente información falsa en este formulario, se cancelará mi afiliación al plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde resido) en esta solicitud significa que la he leído y entiendo su contenido. Si está firmada por una persona autorizada (tal como se mencionó anteriormente), dicha firma certifica lo siguiente: 1) que esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta afiliación, y 2) que la documentación de esta autoridad está disponible a través de Medicare, mediante solicitud previa.

Delta Dental of Massachusetts es una licenciataria independiente de Delta Dental Plans Association. [®]Marcas registradas de Delta Dental Plans Association. SMMarca de servicio de Delta Dental Plan Association.

Importante: su prestación dental y plan de cobertura se denominan “opción Delta Dental” y exige que los miembros busquen los servicios de proveedores que pertenezcan únicamente a la red del plan Delta Dental PPO. Su prestación dental con este plan **no cubre** los servicios dentales de proveedores de Delta Dental que no pertenezcan a la red de organizaciones de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) ni de cualquier proveedor fuera de la red. Si tiene más preguntas sobre esta prestación o la red de proveedores, comuníquese con el servicio de atención al cliente, cuyo número figura en su tarjeta.

Firma: _____	Fecha de hoy: _____
--------------	---------------------

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Relación con el afiliado: _____

Solo para uso administrativo:

Nombre del integrante del personal, representante, intermediario
(si recibió asistencia para la afiliación): _____

N.º de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Copia para el dpto. de afiliaciones - blanca Copia para el miembro - amarilla

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 ni trata de forma diferente a las personas debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con problemas para comunicarse eficazmente con nosotros, como:
 - información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Brinda servicios de comunicación gratuitos para las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

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

Si considera que Tufts Health Plan no cumplió con alguno de los servicios o lo discriminó de algún modo por cuestiones de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Tufts Health Plan, dirigida a:

Civil Rights Coordinator Legal Dept.

705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472

Teléfono: 1-888-880-8699 int. 48000, (número de TTY: 711 o 1-800-439-2370. Español: 866-930-9252)

Fax: 617-972-9048

Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com.

Puede presentar una queja personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar la queja, el coordinador de derechos civiles del plan Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos electrónicamente 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 postal 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, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

thpmp.org | 1-800-701-9000

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. 1-800-701-9000 (TTY: 711) فراموش نکنید.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (ATS : 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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ថ្ងៃ ទី 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 yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1800-701-9000 (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 (телетайп: 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).