



FORMULARIO DE AFILIACIÓN A TUFTS MEDICARE PREFERRED DENTAL OPTION DE TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO

PO Box 9178
Watertown, MA 02472

Este Formulario de Afiliación es para los miembros actuales que deseen agregar el Tufts Medicare Preferred Dental Option a su cobertura existente dentro del marco de Tufts Health Plan Medicare Preferred.

Este beneficio adicional se administra a través de Delta Dental de Massachusetts. El costo de \$54.00 de la prima mensual se agregará a su actual prima del plan. Tufts Health Plan Medicare Preferred le notificará de su fecha de entrada en vigor de su cobertura.

Para inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option, proporcione la siguiente información:			
Identificación del miembro:		Fecha de nacimiento:	
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección permanente:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Condado:		Número de teléfono de casa: ()	
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):			
Dirección postal:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:

Cómo pagar la prima del plan
<p>El método que elija para pagar su prima mensual del plan será automáticamente el mismo que utiliza para pagar este plan dental.</p> <p>El costo de \$54.00 de la prima mensual para Tufts Medicare Preferred Dental Option se agregará a su actual prima del plan. Si quisiera cambiar la forma en que paga su prima del plan, comuníquese con nuestro Departamento de Relaciones con el cliente al 1-800-701-9000 (TTY: 711).</p>
Continúe a la página 2. Se requiere una firma para completar su afiliación a Tufts Medicare Preferred Dental Option.

Tufts Health Plan es un plan de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés) con un contrato de Medicare. La afiliación a Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.

Lea y firme abajo

Al completar este Formulario de Beneficio Complementario Opcional, usted acepta agregar Tufts Medicare Preferred Dental Option por una prima mensual de \$54.00, que se suma a su prima mensual del plan. Entiendo que Tufts Medicare Preferred Dental Option está sujeto a los términos y condiciones establecidos en mi Evidencia de cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO.

Entiendo que para optar a Tufts Medicare Preferred Dental Option, debo seguir siendo miembro del Plan Tufts Medicare Preferred HMO. Si cancelo mi afiliación al Plan Tufts Medicare Preferred HMO, automáticamente se cancelará mi afiliación a Tufts Medicare Preferred Dental Option.

Delta Dental of Massachusetts es licenciataria independiente de Delta Dental Plans Association. ®Marcas registradas de Delta Dental Plans Association. Marca de servicio de Delta Dental Plan Association.

Importante: Su beneficio dental y plan de cobertura se denomina "Tufts Medicare Preferred Dental Option", que requiere que los miembros procuren los servicios de proveedores que pertenezcan únicamente a la red del plan Delta Dental PPOSM. Su beneficio dental con este plan **no cubre** los servicios dentales de proveedores de Delta Dental que no pertenezcan a la red de PPO o cualquier proveedor que no pertenezca a la red. Si tiene más preguntas sobre este beneficio o la red de proveedores, comuníquese con el servicio de atención al cliente, cuyo número figura en su tarjeta.

Entiendo que puedo cancelar mi afiliación voluntariamente de Tufts Medicare Preferred Dental Option al proporcionar un aviso por escrito con antelación. La cancelación de mi afiliación entrará en vigor el primer día del mes después de que Tufts Health Plan Medicare reciba mi solicitud de cancelación de la afiliación firmada y completada. Si no pago la prima mensual para Tufts Medicare Preferred Dental Option, perderé este beneficio complementario opcional, pero seguiré inscrito en el Plan Tufts Medicare Preferred HMO.

A mi leal saber y entender, la información de este formulario 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 el contenido de este formulario de afiliación. Si una persona autorizada lo firma (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta afiliación, y 2) que la documentación de esta potestad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha:
--------	--------

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

Nombre: _____ Dirección: _____

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

Envíe por correo este formulario completado a:

Tufts Health Plan
705 Mount Auburn Street
P.O. Box 9178
Watertown, MA 02471-9948

Para obtener más información:

Comuníquese con Relaciones con el cliente al 1-800-701-9000 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.). Fuera del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

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 de manera diferente por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- Provee ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

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

Si usted considera que Tufts Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Tufts Health Plan, Attention:

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

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está a la orden.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía 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 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 (TDD: 1-800-537-7697)

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

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 بگیرید. 1-800-701-9000 (TTY: 711)

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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ថ្ងៃ 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'áwođeę, 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).