

# Formulario de solicitud de inscripción individual de Tufts Medicare Preferred 2025

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran afiliarse a Medicare Advantage Plan.

### Para afiliarse a un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para afiliarse a Medicare Advantage Plan, también debe tener estos dos:

- 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)
- En un plazo de 3 meses desde que obtuvo Medicare por primera vez
- En ciertas circunstancias en las que tiene permitido afiliarse o cambiar de plan

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 que está en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** Debe llenar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de 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 completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por 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 Ferroviaria).

## ¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario completo y firmado a:

Tufts Health Plan Medicare Preferred  
P.O. Box 483  
Canton, MA 02021-9936

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 (TTY: 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 8 para asistencia en español, y un representante estará disponible para asistirlo.

## Personas sin hogar

Si quiere afiliarse a un plan pero no tiene residencia permanente, se puede considerar como dirección particular permanente un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica o la dirección donde usted recibe su correspondencia (por ejemplo, los cheques del Seguro Social).

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder una solicitud de recopilación de información a menos que esa solicitud muestre un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control vigente de la OMB para esta solicitud de recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el promedio de tiempo requerido para completar esta información es de 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, escriba 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, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes PRA. Se destruirá cualquier elemento que no se relacione con mejorar este formulario o su carga de recopilación (que se indica en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte en esta página la sección titulada "¿Qué ocurre después?" para enviar el formulario completo al plan.

# Sección 1

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

Primer nombre:  Inicial seg. nombre: (opcional)  Apellido:

Título: (opcional)  Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)  Sexo:  Sr.  Sra.  Srta.  M  F

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

**Le sugerimos que nos facilite su número de celular y su dirección de correo electrónico para que podamos proveerle la información y las actualizaciones más oportunas.**

Dirección de correo electrónico: (opcional)

Dirección particular permanente: (no se admite un apartado postal [P.O. box], a menos que usted no tenga una residencia permanente)

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Dirección postal, solo si es distinta a la dirección particular permanente: (se admite un 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 solicitada:**  
(mm/dd/aaaa; debe ser en el futuro)

En el siguiente cuadro, se muestran los planes disponibles para cada área de servicio y las primas de los planes mensuales estándar (**en negrita**). En el cuadro, también se muestran las primas del plan con la opción dental Tufts Medicare Preferred Dental Option incluida (*en cursiva*). Para inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option, llene la sección "Beneficio complementario opcional" a continuación.

**HMO Planes de Tufts Medicare Preferred HMO (H2256)**

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth			Condados de Hampden y Hampshire		
	Prima del plan	Con opción dental		Prima del plan	Con opción dental
<input type="radio"/> HMO Saver Rx	<b>\$0/mensual</b>	\$37	<input type="radio"/> HMO Saver Rx	<b>\$0/mensual</b>	\$37
<input type="radio"/> HMO Smart Saver Rx	<b>\$0/mensual</b>	N/A	<input type="radio"/> HMO Smart Saver Rx	<b>\$0/mensual</b>	N/A
<input type="radio"/> HMO Basic Rx	<b>\$48/mensual</b>	\$85	<input type="radio"/> HMO Basic Rx	<b>\$37/mensual</b>	\$74
<input type="radio"/> HMO Value No Rx	<b>\$113/mensual</b>	\$150	<input type="radio"/> HMO Value Rx	<b>\$83/mensual</b>	\$120
<input type="radio"/> HMO Value Rx	<b>\$156/mensual</b>	\$193	<input type="radio"/> HMO Prime Rx	<b>\$106/mensual</b>	\$142.50
<input type="radio"/> HMO Prime No Rx	<b>\$143/mensual</b>	\$179.50	<input type="radio"/> HMO Prime Rx Plus	<b>\$122/mensual</b>	\$158.50
<input type="radio"/> HMO Prime Rx	<b>\$183/mensual</b>	\$219.50			
<input type="radio"/> HMO Prime Rx Plus	<b>\$217/mensual</b>	\$253.50			
Condados de Essex y Suffolk			Condado de Worcester		
	Prima del plan	Con opción dental		Prima del plan	Con opción dental
<input type="radio"/> HMO Saver Rx	<b>\$0/mensual</b>	\$37	<input type="radio"/> HMO Saver Rx	<b>\$0/mensual</b>	\$37
<input type="radio"/> HMO Smart Saver Rx	<b>\$0/mensual</b>	N/A	<input type="radio"/> HMO Smart Saver Rx	<b>\$0/mensual</b>	N/A
<input type="radio"/> HMO Basic No Rx	<b>\$38/mensual</b>	\$75	<input type="radio"/> HMO Basic No Rx	<b>\$30/mensual</b>	\$67
<input type="radio"/> HMO Basic Rx	<b>\$58/mensual</b>	\$95	<input type="radio"/> HMO Basic Rx	<b>\$45/mensual</b>	\$82
<input type="radio"/> HMO Value No Rx	<b>\$133/mensual</b>	\$170	<input type="radio"/> HMO Value No Rx	<b>\$122/mensual</b>	\$159
<input type="radio"/> HMO Value Rx	<b>\$178/mensual</b>	\$215	<input type="radio"/> HMO Value Rx	<b>\$163/mensual</b>	\$200
<input type="radio"/> HMO Prime No Rx	<b>\$166/mensual</b>	\$202.50	<input type="radio"/> HMO Prime No Rx	<b>\$162/mensual</b>	\$198.50
<input type="radio"/> HMO Prime Rx	<b>\$213/mensual</b>	\$249.50	<input type="radio"/> HMO Prime Rx	<b>\$193/mensual</b>	\$229.50
<input type="radio"/> HMO Prime Rx Plus	<b>\$245/mensual</b>	\$281.50			

**BENEFICIO COMPLEMENTARIO OPCIONAL: Tufts Medicare Preferred Dental Option**

Solo puede elegir Tufts Medicare Preferred Dental Option junto con un plan médico. Tufts Medicare Preferred Dental Option cuesta **\$37 por mes** para los planes *HMO Saver Rx*, *HMO Basic Rx*, *HMO Basic No Rx*, *HMO Value Rx* y *HMO Value No Rx*. Tufts Medicare Preferred Dental Option cuesta **\$36.50 por mes** para los planes *HMO Prime Rx*, *HMO Prime Rx Plus* y *HMO Prime No Rx*. Tufts Medicare Preferred Dental Option **NO está disponible para el plan HMO Smart Saver Rx**. En el cuadro anterior, se muestran las primas del plan con Tufts Medicare Preferred Dental Option incluido (*en cursiva*).

**Sí, deseo añadir Tufts Medicare Preferred Dental Option.**

**PPO Tufts Medicare Preferred Access PPO (H9907)**

Condados de Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester	Prima del plan
<input type="radio"/> Tufts Medicare Preferred Access PPO	<b>\$0/mensual</b>

## SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

- Escriba 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 de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

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

Número de Medicare:

Tiene derecho a:

**SEGURO HOSPITALARIO (Part A)**

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

**SEGURO MÉDICO (Part B)**

## RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

- Sí** 1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Tufts Health Plan Medicare Preferred? **Si la respuesta es sí**, indique su otra cobertura y sus números de miembro y de grupo para esta cobertura.
- No**

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

- Sí** 2. **OPCIONAL:** ¿Es 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:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

- Sí** 3. **OPCIONAL:** ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? (En Massachusetts, se llama "MassHealth").
- No** **Si la respuesta es sí**, provea su número de Medicaid.

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 hasta el 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 corresponde a su caso (marque todas las que correspondan). Si marca cualquiera de las casillas siguientes, 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). 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) 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 mudé 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 de la página anterior. Me mudé 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). Tuve 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*). Tuve 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 los Estados Unidos tras vivir en el extranjero en forma permanente. Volví a los EE. UU. el: (mm/dd/aaaa)
11. Recientemente obtuve la estadía legal en los Estados Unidos. Recibí este estado el: (mm/dd/aaaa)
12. Salí recientemente de la cárcel. Salí en libertad el: (mm/dd/aaaa)

- 13.** Recientemente dejé un Programa de Atención Todo Incluido para Adultos Mayores (PACE). 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 el: (mm/dd/aaaa)
- 15.** Participo en 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 de 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), pero perdí la calificación de necesidades especiales obligatoria para estar en ese plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el: (mm/dd/aaaa)
- Otro motivo: (describa el período de elección especial)

*Si ninguna de estas declaraciones corresponde a su caso o no está seguro, comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al 1-877-409-3499 (TTY: 711) para ver si es elegible para inscribirse o no. Estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre).*

## 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 afilio a Medicare Advantage 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.
- Comprendo que puedo estar inscrito solo en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará mi inscripción en otro plan MA de manera automática (se aplican excepciones para los planes Private Fee-for-Service [PFFS] y Medical Savings Account [MSA] de MA).
- Comprendo que, cuando comience la cobertura de Tufts Health Plan Medicare Preferred, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Tufts Health Plan Medicare Preferred. Tendrán cobertura los beneficios y servicios proporcionados por Tufts Health Plan Medicare Preferred e incluidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Tufts Health Plan Medicare Preferred (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.
- **Para los planes HMO:** comprendo que debo elegir un médico de atención primaria (PCP) y recibir un referido antes de consultar a un especialista dentro del círculo de referidos de mi PCP. Si obtengo atención de rutina de proveedores fuera del círculo de referidos de mi PCP, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables del costo.
- Los beneficios dentales para los miembros de los planes Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO son administrados por Dominion Dental Services, Inc. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios o con la red de proveedores, comuníquese con Servicios para Miembros.
- 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.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud indica que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) esta persona está autorizada por las leyes del estado para completar esta inscripción; y
  - 2) la documentación de esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

Firma:

Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes 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 se le puede denegar la cobertura por no responderlas.

**¿Usted es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español   | <input type="checkbox"/> Sí, soy cubano                                   |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano, mexicanoestadounidense, chicano | <input type="checkbox"/> Sí, soy de otro origen hispano, latino o español |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy puertorriqueño                            | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                            |

**¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> De raza negra o afroamericana |
| Asiático:  | Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico:            |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                          | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro            |
| <input type="checkbox"/> Chino                                   | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái               |
| <input type="checkbox"/> Filipino                                | <input type="checkbox"/> Samoano                       |
| <input type="checkbox"/> Japonés                                 | <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico      |
| <input type="checkbox"/> Coreano                                 | <input type="checkbox"/> De raza blanca                |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                              | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder         |
| <input type="checkbox"/> Otro grupo asiático                     |  |

**Idioma escrito preferido:**

**Idioma hablado preferido:**

**Seleccione uno si quiere que le enviemos su información en un formato accesible:**

- Braille  Letra grande  CD de audio  CD de datos

*Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al 1-877-409-3499 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible o un idioma que no se indicó anteriormente. Nuestros horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre).*



Indique su médico de atención primaria (PCP):

¿Es actualmente su paciente?

Sí  No

**Para planes HMO:** Elija un médico de atención primaria (PCP) que tenga contrato con Tufts Medicare Preferred HMO. Si no indica un PCP aquí, le asignaremos uno en forma automática. Puede cambiar el PCP en cualquier momento después de su inscripción.

**Para planes PPO:** Como miembro de nuestro plan, usted no tiene que elegir un PCP. Sin embargo, le recomendamos encarecidamente que elija uno.

### PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

Puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía\* que deba o que podría deber) por correo postal o mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.

Si tiene que pagar la cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos (IRMAA) de Part D, debe pagarla en forma independiente de la prima del plan. NO pague a Tufts Health Plan Medicare Preferred la cantidad de IRMAA de Part D.

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

**Para los planes con una prima de \$0:** Si en la actualidad usted tiene una multa por inscripción tardía\* o ha seleccionado el beneficio dental complementario opcional, necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede pagarla por correo postal o con una transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. **Si usted no tiene una multa por inscripción tardía\* o no ha seleccionado el beneficio dental complementario opcional, no se le exige una opción de pago.**

\* Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, visite [thpmp.org/LEP](http://thpmp.org/LEP).

Seleccione una opción de pago de primas:

Recibir una factura todos los meses.

Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses.

(Si selecciona esta opción, recibirá por correo postal 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 mensual del Seguro Social.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

**La deducción del cheque del Seguro Social o de la RRB podría tardar uno o varios meses en iniciarse.**

Es posible que haya un retraso en la retención de su prima debido al cronograma 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 el primer mes o los primeros 2 meses hasta que se le deduzca la prima del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB. Usted es responsable de pagar todas las primas pendientes hasta que comience la retención de primas. Si no paga la prima de los meses 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 impresa de las primas mensuales.

**SOLO PARA LAS PERSONAS QUE AYUDEN AL BENEFICIARIO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO**

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos [SHIP], familiar u otro tercero) que está ayudando al beneficiario a completar este formulario.

Nombre: (en letra de imprenta)

---

Firma:

Relación con el beneficiario:

---



---

**SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA O EL CORREDOR**

Número Nacional de Productor (NPN) del agente:

Nombre de la agencia/organización de mercadeo de campo (FMO):

---



---

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:

**Tufts Medicare Preferred HMO (H2256)**

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y 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"/> Smart Saver Rx	<b>046/000</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"/> Smart Saver Rx	<b>046/000</b>			<input type="radio"/> Prime Rx Plus	<b>001/001</b>	<input type="radio"/> Smart Saver Rx	<b>046/000</b>
				<input type="radio"/> Smart Saver Rx	<b>046/000</b>		

**Tufts Medicare Preferred Access PPO (H9907)**

Tufts Medicare Preferred Access PPO **001**

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) 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), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recolección 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), Plan de "Medicamentos Recetados Medicare Advantage (MARx)", 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 motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).

a Point32Health company

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، سيقوم شخص ما يتحدث العربية (PPO) 1-800-701-9000 (HMO) ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Y0065\_2025\_3\_C\_SPA