

Complete las secciones para el «suscriptor» en esta solicitud de membresía para no atrasar su inscripción. Pronto recibirá su tarjeta de identificación de Tufts Health Plan y los documentos de beneficios para miembros.

Sección para el empleador

Su empleador debe completar esta sección.

Sección para el empleado

- Datos personales: Complete toda la información para la inscripción. Seleccione un proveedor de atención primaria (PCP). Asegúrese de completar esta sección para todos los miembros, incluidos los dependientes.
- Código de producto: Asegúrese de completar el código de producto correcto para el plan que ha seleccionado. (Utilice el cuadro de la derecha)
- **Proveedor de atención primaria (PCP): Si su plan le exige elegir un PCP, es importante que lo haga de inmediato. Hasta tanto sepamos quién es su PCP, los beneficios dentro de la red podrían limitarse a los servicios de emergencia. Para buscar un PCP, ingrese en tuftshealthplan.com y utilice la herramienta de búsqueda de médicos. En esta solicitud, indique si usted ya es paciente del PCP que ha elegido. (Se lo considera paciente actual si ha recibido servicios de atención médica de parte de este proveedor de manera habitual en el último tiempo). Si selecciona un PCP nuevo, comuníquese con el consultorio del proveedor de inmediato y preséntese como nuevo miembro de Tufts Health Plan. Consulte si aceptan pacientes nuevos y si el proveedor desea programar una exploración física.**

- Otra cobertura médica: En caso de que tenga otro seguro médico o un seguro adicional (por ejemplo, Medicare), seleccione el recuadro correspondiente y complete la información solicitada. Si no tiene otro seguro médico, asegúrese de marcar el recuadro «No».

Cuando la solicitud esté completa

- Entregue la solicitud a su empleador.
- El empleador enviará el formulario por correo a:
Tufts Health Plan
P.O. Box 9186
Watertown, MA 02471-9186

Avisos

Al inscribirse, comprende y acepta que si usted o alguno de sus dependientes inscritos reciben algún beneficio de atención médica o un pago que no les corresponde, o si, a sabiendas, usted presenta una reclamación que incluye una declaración falsa, es posible que pierda su cobertura médica y deba hacerse cargo del pago total del beneficio de atención médica o del pago realizado, así como también de los honorarios de abogados y costas legales razonables, incluido el costo de la investigación.

Tufts Health Plan coordina la prestación de servicios de atención médica a través de acuerdos con profesionales de la salud independientes de la comunidad, que trabajan en consultorios privados y en hospitales en toda el área de servicio de Tufts Health Plan. Estos proveedores son contratistas independientes y no son empleados, agentes o representantes de Tufts Health Plan. Tufts Health Plan no proporciona servicios de atención médica en forma directa.

Códigos de productos

Escriba la letra correspondiente en el recuadro del producto en la sección para el suscriptor de la solicitud de inscripción.

- | | |
|-------------------------------|--|
| A. HMO Premium | M. Advantage PPO Saver |
| B. HMO Value | N. Navigator by Tufts Health Plan |
| C. HMO Basic | O. CareLink |
| D. HMO Choice Copago | P. Select HMO |
| E. Advantage HMO | Q. Select Advantage HMO |
| F. Advantage HMO Saver | R. Rhode Island HEALTHPact |
| G. POS | S. Your Choice HMO |
| H. POS Choice Copago | T. Your Choice PPO |
| I. EPO | U. Steward Community Choice |
| J. EPO Choice Copago | LPC. Lifespan Premier Choice |
| K. PPO | |
| L. Advantage PPO | |

Hablamos más de 200 idiomas. Comuníquese con Servicios para miembros:

Nous parlons français
Hablamos Español
Nós falamos português
Мы говорим по-русски
Parliamo Italiano
Wir sprechen Deutsch
我們會講普通話
我們會講廣東話
Chúng tôi nói được tiếng Việt
Nou pale Kreyòl
සිංහල භාෂාව

¿Necesita ayuda?

Si necesita ayuda para seleccionar un PCP, ingrese en tuftshealthplan.com y utilice la herramienta de búsqueda de médicos. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con un representante de Servicios para miembros.

Servicios para miembros:
800.462.0224

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA MIEMBROS

SI NO COMPLETA EL FORMULARIO,
SE RETRASARÁ LA INSCRIPCIÓN.

Escriba con letra clara o a máquina. Verifique que haya completado la solicitud en su totalidad para garantizar la inscripción. Los empleadores pueden enviar los formularios completos por correo postal a: Tufts Health Plan • P.O. Box 9186 • Watertown, MA 02471-9186

SECCIÓN PARA EL EMPLEADOR

INGRESE SU NÚMERO DE GRUPO DE 8 DÍGITOS A CONTINUACIÓN

Nombre de grupo/empresa _____ Número de grupo _____

Domicilio de la oficina _____ Fecha de contratación _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura _____

Tipo de inscripción: Empleado nuevo Inscripción abierta COBRA Grupo nuevo Acontecimiento que califica (OBLIGATORIO indicarlo) _____ Fecha del acontecimiento que califica _____

SECCIÓN PARA EL SUSCRIPTOR

PRODUCTO (Seleccione la letra correspondiente de la lista de la portada) _____ Otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial segundo nombre _____

Número de Seguro Social del empleado (obligatorio) - - - - - Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) ____ / ____ / ____ Género: Masculino Femenino

Domicilio particular (obligatorio) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Apartado de correos (opcional) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono particular/laboral (____) _____ Teléfono celular (____) _____ Idioma nativo: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Conviviente Tipo de cobertura solicitada: Individual Familiar Otra _____

Proveedor de atención primaria Primer nombre _____ Apellido _____ N.º de NPI del PCP _____ ¿Es este su PCP actual? Sí No

Miembros que se inscriben Primer nombre/Apellido (si fuese diferente)	Sexo M/F	Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	Número de Seguro Social (obligatorio para todos los miembros)	Elija un proveedor de atención primaria para cada miembro (Incluya nombre y apellido).	Marque si actualmente le brinda atención primaria	N.º de NPI del PCP
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente			- -		<input type="checkbox"/>	
Hijo/Dependiente			- -		<input type="checkbox"/>	
Hijo/Dependiente			- -		<input type="checkbox"/>	
Hijo/Dependiente			- -		<input type="checkbox"/>	
Hijo/Dependiente			- -		<input type="checkbox"/>	
Hijo/Dependiente			- -		<input type="checkbox"/>	

Indique si usted utiliza solicitudes de membresía adicionales para hijos dependientes adicionales.

¿Usted u otra persona cubierta por esta póliza de seguro tienen otra cobertura de salud vigente al mismo tiempo que su póliza de Tufts Health Plan? Sí Sí (Medicare) No

Nombre del plan de salud _____ Nombre del titular del plan _____ Número del plan de salud _____ Fecha de entrada en vigencia _____

Nombres de los familiares cubiertos _____ ¿El cónyuge está empleado/a? Sí No En caso afirmativo, indique nombre y domicilio del empleador _____

La información suministrada en este formulario es veraz y está completa. Autorizo a mi empleador a realizar las deducciones necesarias por nómina, si correspondiera, para pagar mi parte de la cobertura de Tufts Health Plan. Cedo beneficios a los proveedores de Tufts Health Plan; es decir que Tufts Health Plan está autorizado a realizar pagos directamente a los proveedores de Tufts Health Plan por los servicios que se me prestan a mí o a mis dependientes. Otorgo a Tufts Health Plan todos los derechos legales que yo (nosotros) pueda (podamos) tener para recuperar el costo de los servicios prestados en caso de una enfermedad o lesión causada por otra persona, cuando estos servicios hayan sido pagados o sean pagaderos por Tufts Health Plan. Entiendo que las llamadas al departamento de Servicios para miembros pueden grabarse para garantizar la calidad. Entiendo que los beneficios para los cuales yo (nosotros) reúno (reunimos) los requisitos son aquellos descritos en los documentos de beneficios para los miembros vigentes.

Firma del suscriptor _____ Fecha _____ **Firma del empleador** (obligatorio) _____ Teléfono _____ Fecha _____

LA DISCRIMINACIÓN VA EN CONTRA DE LA LEY

Tufts Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos raciales, de color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos raciales, de color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- ▶ Ofrece recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- ▶ Ofrece servicios gratuitos de idiomas para aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

En caso de que requiera estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 800.462.0224.

Si considera que Tufts Health Plan no ha cumplido con la prestación de estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos raciales, de color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un agravio ante:

Tufts Health Plan, Attention:

Civil Rights Coordinator Legal Dept.
705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472
Teléfono: 888.880.8699, interno 48000, [Línea TTY — 800.439.2370 o 711]
Fax: 617.972.9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar un agravio en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un agravio, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan estará a su disposición para ayudarlo.

Asimismo, puede presentar una demanda civil ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de la oficina de demandas civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o vía telefónica al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Los formularios para la presentación de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

For no cost translation in English, call the number on your ID card.

Arabic للحصول على خدمة الترجمة المجانية باللغة العربية، يرجى الاتصال على الرقم المدون على بطاقة الهوية الخاصة بك.

Chinese 若需免費的中文版本，請撥打 ID 卡上的電話號碼。

French Pour demander une traduction gratuite en français, composez le numéro indiqué sur votre carte d'identité.

German Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die Telefonnummer auf Ihrer Ausweiskarte an.

Greek Για δωρεάν μετάφραση στα Ελληνικά, καλέστε τον αριθμό που αναγράφεται στην αναγνωριστική κάρτας σας.

Haitian Creole Pou jwenn tradiksyon gratis nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo ki sou kat ID ou.

Italian Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero indicato sulla tessera identificativa.

Japanese 日本語の無料翻訳については ID カードに書いてある番号に電話してください。

Khmer (Cambodian) សម្រាប់សេវាកម្មប្រយោជន៍ឥតគិតថ្លៃជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

Korean 한국어로 무료 통역을 원하시면, ID 카드에 있는 번호로 연락하십시오.

Laotian ສຳລັບການແປພາສາບັນພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ສອຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີທີ່ຢູ່ເທິງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.

Navajo Doo bą́ąh ilíni da Diné k'ehjí álnéégho, hodiilnih béésh bee hani'é bee nées ho' dítzingo nantiniígíi bikáá'.

Persian. برای ترجمه رایگان فارسی به شماره تلفن مندرج در کارت شناسایی تان زنگ بزنید.

Polish Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer znajdujący się na Pana/i dowodzie tożsamości.

Portuguese Para tradução grátis para português, ligue para o número no seu cartão de identificação.

Russian Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру, указанному на идентификационной карточке.

Spanish Por servicio de traducción gratuito en español, llame al número de su tarjeta de miembro.

Tagalog Para sa walang bayad na pagsasalin sa Tagalog, tawagan ang numero na nasa inyong ID card.

Vietnamese Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số trên thẻ căn cước của bạn.



705 Mt Auburn Street - Watertown, MA 02472
tuftshealthplan.com - 800.462.0224