

Miembros nuevos — Inscribáse en mytuftshealthplan.com para acceder rápidamente a su cuenta segura en línea y a la información sobre los beneficios personales.

*Podrán registrarse e ingresar en mytuftshealthplan.com luego de la fecha de vigencia de su cobertura

Complete todas las secciones para el "suscriptor" en esta solicitud de membresía. Si no lo hace, puede demorarse su inscripción. Pronto recibirá su tarjeta de identificación (ID) de Tufts Health Plan y los documentos de beneficios para miembros. Puede usar la copia amarilla de este formulario completo como prueba de su cobertura de empleado hasta que reciba su ID permanente de miembro.

Sección para el empleador

Su empleador debe completar esta sección.

Sección para el empleado

- Información personal: 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 del producto: Asegúrese de completar el código de producto correcto para el plan que ha seleccionado.
- **Proveedor de atención primaria (PCP): Si según su plan usted debe elegir un PCP, es importante que lo haga de inmediato. Hasta tanto sepamos quién es su PCP, los beneficios dentro de la red se limitarán a los servicios de emergencia. Para encontrar un PCP, ingrese en tuftshealthplan.com y utilice la herramienta de búsqueda de médicos. En esta solicitud, indique si usted ya es paciente de larga data del PCP que ha elegido. (Se considera paciente de larga data 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 un examen físico. Después, deberá transferir su historia clínica a su nuevo PCP.**

- 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 tildar el recuadro "No".

Cuando la solicitud esté completa

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

Si necesita atención médica de emergencia

Si ocurre una emergencia médica, diríjase al centro médico más cercano o comuníquese al 911. Una emergencia es una lesión grave o la aparición de una afección grave que le impide tener tiempo para comunicarse con su PCP.

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 un reclamo 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 en 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 Copay | 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 Copay | T. Your Choice PPO |
| I. EPO | U. Steward Community Choice |
| J. EPO Choice Copay | 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
ഭാരതീയ ഭാഷകളിൽ

¿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

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

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 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

Si necesita 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 una queja 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 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 su disposición para ayudarlo.

Asimismo, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera 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 vía telefónica al:

**U.S. Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)**

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 ສຳລັບການແປພາສາບັນພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ສອນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີທີ່ຢູ່ເທິງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.

Navajo Doo bąąh ilíni da Diné k'ehjí álnéehgo, hodiilnih béésh bee hani'é bee née ho' dílzingo nantiniígíí bikáá'.

Persian. برای ترجمه رایگا 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

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA MIEMBROS EN CASO DE NO COMPLETAR EL FORMULARIO, SE RETRASARÁ LA INSCRIPCIÓN.

Escriba con letra clara o a máquina. Asegúrese de que la solicitud esté completa 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

Nombre del grupo/empresa _____ Número del 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 Evento que califica (es OBLIGATORIO especificarlo) _____ Fecha del evento que califica _____

SECCIÓN PARA EL SUSCRIPTOR PRODUCTO (Seleccione la letra correspondiente de la lista en la portada) _____ Otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Idioma nativo _____

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

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

P.O. Box (Apartado postal) (opcional) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono particular (_____) _____ Teléfono laboral (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____

Tipo de cobertura solicitada: Individual Familiar Otra _____

Proveedor de atención primaria Nombre _____ Apellido _____ N.º de INP del PCP _____ ¿Es usted un paciente de larga data de este PCP? Sí No

Miembros que se inscriben 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 (Indique nombre y apellido).	Marque la opción si actualmente se utiliza para atención primaria	N.º de INP del PCP
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho			- -		<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 miembros de la familia cubiertos _____ ¿El cónyuge tiene trabajo? Sí No

En caso afirmativo, especifique el nombre y apellido 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) gozar 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 se pueden supervisar las llamadas al Departamento de servicios para miembros 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 Departamento de beneficios (obligatorio) _____ Teléfono _____ Fecha _____