

BIENVENIDO A TUFTS HEALTH PLAN

Complete todas las secciones del empleado de esta solicitud de membresía en su totalidad. Si no completa todos los datos se puede demorar su inscripción. Pronto recibirá su tarjeta de identificación y el documento de beneficios para miembros. ¿Necesita una tarjeta de identificación provisoria? Use la copia amarilla de este formulario completado.

Secciones del miembro

- **Información personal:** Complete toda la información de inscripción. Si su plan (HMO, POS o EPO) requiere la selección de un médico de cabecera (PCP), asegúrese de completar esta sección para todos los miembros, incluyendo dependientes.
- **Código de producto:** Confirme que se coloque el código de producto correcto para el plan que ha seleccionado.
- **Médico de cabecera:** Es importante que elija un médico de cabecera (PCP) de inmediato si su plan así lo requiere. Sin asignar un PCP, sus beneficios dentro de la red pueden limitarse a servicios de emergencia únicamente. Para buscar un PCP, visite www.tuftshealthplan.com y use la función para Doctor Search (Buscar médicos). En la Casilla 22 de esta solicitud, indique si es un paciente establecido del PCP que ha señalado. Usted es un paciente establecido si ha visto al PCP rutinariamente en el pasado para su atención médica. Si va a seleccionar un nuevo PCP, póngase en contacto inmediatamente con el médico, preséntese como nuevo miembro, y averigüe si su médico quisiera programar un examen físico. Transfiera sus registros médicos a su nuevo PCP inmediatamente.
- **Estudiantes/Dependientes/Hijos:** Si tiene un estudiante/dependiente/hijo a inscribir en su plan—de 19 años de edad o mayor (si su empleador tiene sede en Rhode Island) o 21 años de edad o mayor si su empleador tiene sede en Massachusetts (esto puede ser 19 años o mayor para algunos empleadores)—debe certificar su estatus al inscribirlo inicialmente y de nuevo cuando lo solicite Tufts Health Plan. Pueden obtenerse los formularios de estudiante/dependiente/hijo y presentarse en www.tuftshealthplan.com.
- **Otra cobertura de salud:** Si tiene otra cobertura (incluyendo Medicare), marque la casilla correcta y complete

la información adicional acerca de otro seguro. Si no tiene otro seguro, asegúrese de marcar la casilla que dice No.

Sección del empleador

Su empleador debe completar esta sección.

Cuando la solicitud esté completa

- El empleado conserva la copia amarilla (también su identificación provisoria)
- El empleador conserva la copia de color rosa
- Tufts Health Plan reciba la copia blanca original
Tufts Health Plan
P.O. Box 9186
Watertown, MA 02471-9186

Si requiere atención de emergencia

En caso de emergencia, diríjase al centro médico más cercano o llame al 911. Una emergencia es una lesión grave o la aparición de una enfermedad grave que le impide esperar hasta llamar a su médico de cabecera o PCP, si su plan requiere que lo tenga.

Atención

Al inscribirse usted expresa acuerdo y entiende que si usted o cualquier dependiente inscrito obtiene beneficios o pagos de salud que sabe que no le corresponden, o si usted presenta o causa la presentación de una reclamación que contiene una declaración falsa, a sabiendas y con intención de cometer fraude, usted puede ser responsable por el importe total del beneficio o pago por atención médica realizado y por los costos y honorarios de litigio razonables, incluyendo el costo de la investigación.

Tufts Health Plan coordina la prestación de servicios de atención médica pero no brinda dichos servicios. Tufts Health Plan coordina la prestación de atención médica a través de acuerdos con profesionales de la salud independientes basados en la comunidad que trabajan en consultorios privados y con hospitales en toda el área de servicio de Tufts Health Plan. Estos proveedores son contratistas independientes y no son empleados, agentes ni representantes de Tufts Health Plan para ningún propósito.

Miembros nuevos—Inscríbese en Tuftshealthplan.com para tener acceso rápido a su información personal de beneficios.

Códigos de producto

Escriba la letra correspondiente en la caja de producto en la sección del miembro de la solicitud de inscripción.

A - HMO Premium	O - Advantage PPO Saver
B - HMO Value	P - Navigator by Tufts Health Plan
C - HMO Basic	Q - CareLink
D - HMO Choice Copay	R - HMO Select 10
E - Advantage HMO	S - HMO Select 20
F - Advantage HMO con HRA	T - Advantage HMO Select 750
G - Advantage HMO Saver	U - Advantage HMO Select 2000
H - POS	V - Advantage HMO Select Young Adult
I - POS Choice Copay	RIC - Rhode Island Conversion
J - EPO	
K - EPO Choice Copay	
L - PPO	
M - Advantage PPO	
N - Advantage PPO con HRA	

**Hablamos 140 idiomas.
Llame para servicios de traducción:**

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 asistencia al seleccionar un PCP, visite www.tuftshealthplan.com y use la función para buscar médicos. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al coordinador de servicios para miembros al 1-800-462-0224.

TUFTS  Health Plan
No one does more to keep you healthy.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MIEMBROS

Escriba con letra clara o a máquina. Revise que la solicitud esté completada en su totalidad para asegurar su inscripción.

Inscripción/Elegibilidad • PO Box 9186 • Watertown, Massachusetts 02471-9186

Sección del empleador

EL NO COMPLETAR PARTES MARCADAS EN AZUL PUEDE CAUSAR UNA DEMORA EN LA INSCRIPCIÓN.

1. Nombre del empleador o grupo		2. Número de grupo		3. Fecha de contratación		4. Fecha de vigencia de la cobertura	
5. Ubicación de la oficina		6. Tipo de Inscripción <input type="checkbox"/> Empleado nuevo <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Nuevo grupo <input type="checkbox"/> Acontecimiento determinante (se DEBE especificar) _____				7. Fecha del acontecimiento determinante	

Sección del miembro

PRODUCTO (Seleccione la letra correspondiente de la lista en la página frontal) _____ Otro _____

¿Alguna vez usted o alguien de su núcleo familiar ha usado productos de tabaco, por ej., cigarrillos, tabaco para mascar, etc., en los últimos 12 meses? Sí No

8. Apellido		9. Primer nombre		10. Inicial de 2º nombre		11. N° de seguro social del empleado (SSN)	
12. Dirección postal (Dirección de residencia)		13. Apt#	14. Ciudad		15. Estado	16. Código postal	17. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
18. Fecha de nacimiento		mes	/	día	/	año	
19. Tipo de cobertura solicitada <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otra _____				20. Médico de cabecera (Solo HMO, POS, EPO) Primer nombre _____ Apellido _____			
21. Núm. de identificación del médico de cabecera				22. ¿Es un paciente establecido de este PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

23. Teléfono en casa ()		24. Teléfono en el trabajo ()		25. Gimnasio		26. Primer idioma	
--------------------------	--	--------------------------------	--	--------------	--	-------------------	--

Miembros a inscribir (Apellido, si fuera diferente)	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Si es dependiente mayor de 19 años de edad, marque uno Estudiante de tiempo completo Discapacitado	Número de seguro social	Gimnasio	Elija un médico de cabecera para cada miembro (sólo HMO/POS/EPO)	Marque si lo usa actualmente para atención primaria	Núm. de identificación del médico de cabecera
27. <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente				- -		Primer nombre Apellido		
28. Hijo/dependiente				- -				
29. Hijo/dependiente				- -				
30. Hijo/dependiente				- -				
31. Hijo/dependiente				- -				
32. Hijo/dependiente				- -				

33. ¿Usted o alguien con cobertura mediante esta póliza de seguro tiene otra cobertura vigente al mismo tiempo que su póliza de Tufts Health Plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí (Medicare) <input type="checkbox"/> No		Nombre del plan de salud		Nombre del titular del plan		Número del plan de salud		Fecha de vigencia		Nombres de los familiares cubiertos	
---	--	--------------------------	--	-----------------------------	--	--------------------------	--	-------------------	--	-------------------------------------	--

34. ¿Está empleado su cónyuge? Sí No Si responde Sí, nombre y dirección del empleador _____

35. Marque si está usando solicitudes adicionales de membresía para otros hijos dependientes.

La información suministrada en este formulario es correcta y completa. Autorizo a mi empleador para que realice las deducciones necesarias por nómina, si las hay, para mi parte de la cobertura del Tufts Health Plan. Cedo los beneficios a los proveedores del Tufts Health Plan, lo cual significa que el Tufts Health Plan está autorizado a realizar pagos directamente a los proveedores del Tufts Health Plan por servicios prestados a mí (nosotros). Concedo al Tufts Health Plan todo derecho legal que yo (o nosotros) puedo (podamos) tener para recuperar el costo de los servicios por alguna enfermedad o lesión causada por alguien cuando estos servicios haya sido o vayan a ser pagados por el Tufts Health Plan. Entiendo que las llamadas al departamento de servicios a los miembros pueden ser monitoreadas para asegurar la calidad. Entiendo que los beneficios a los cuales yo (nosotros) tengo (tenemos) derecho son los descritos en los documentos correspondientes de beneficios de los miembros.

Firma (requerida): _____ Fecha: _____ Firma del Depto. de Beneficios: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____