

Miembros nuevos: registrarse en Tuftshealthplan.com para obtener un acceso rápido a su cuenta en línea segura y su información personal de beneficios.

Complete las secciones del "empleado" para esta solicitud de membresía. De lo contrario podría retrasar la inscripción. Pronto recibirá su tarjeta de identificación de Tufts Health Plan y su documento de beneficios. Si necesita una identificación temporal, utilice la copia amarilla de este formulario completado.

Sección del Empleador

Su empleador debe llenar esta sección.

Sección del Empleado

- Información personal: Complete toda la información de inscripción. Si su plan (HMO, POS o EPO) requiere la selección de un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), asegúrese de llenar esta sección para todos los miembros, incluyendo los dependientes.
- Código del producto: Asegúrese de proporcionar el código correcto del producto para el plan que seleccionó.
- Proveedor de atención primaria: Si su plan requiere que elija a un PCP es importante que seleccione uno de inmediato. Hasta que sepamos quién es su PCP, sus beneficios dentro de la red pueden limitarse únicamente a servicios de emergencia. Para encontrar un PCP, visite tuftshealthplan.com y utilice la función de búsqueda de médico. En esta solicitud indique si ya es un paciente establecido del PCP que ha indicado. (Usted es un paciente establecido si ha recibido habitualmente servicios de atención médica de este proveedor en el pasado). Si selecciona a un nuevo PCP, comuníquese al consultorio del proveedor de inmediato para presentarse como un nuevo miembro de Tufts Health Plan. Pregunte si están aceptando nuevos pacientes y si al proveedor le gustaría programar un examen físico. Luego deberá transferir sus registros médicos a su nuevo PCP.
- Otra cobertura de salud: Si tiene otro seguro o un seguro adicional (como Medicare), marque la casilla correcta y llene la información solicitada. Si no tiene otro seguro médico, asegúrese de marcar la casilla "No".

Cuando la Solicitud esté Completa

- Entregue la solicitud a su empleador.
- El empleado conserva la copia amarilla. Esta es también una identificación temporal.
- El empleador conserva la copia rosada.
- El empleador envía por correo el original a:
Tufts Health Plan
P.O. Box 9186
Watertown, MA 02471-9186

Si Necesita Atención de Emergencia

Si ocurre una emergencia de atención médica, vaya al centro médico más cercano, o llame al 911. Una emergencia es una lesión grave o el inicio de una condición que le impida tomarse el tiempo para llamar a su PCP.

Avisos

Al inscribirse, usted comprende y acepta que si usted o cualquiera de sus dependientes inscritos obtiene un beneficio de atención médica o un pago que no tiene derecho a recibir, o si deliberadamente presenta un reclamo que contiene una declaración falsa, usted puede ser responsable por el monto total del beneficio de atención médica o el pago realizado y por los honorarios y costos razonables del abogado, incluyendo el costo de la investigación.

Tufts Health Plan hace arreglos para la prestación de los servicios de atención médica a través de acuerdos con profesionales independientes de atención médica con base en la comunidad, que trabajan en consultorios privados y 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. Tufts Health Plan no brinda directamente los servicios de atención médica.

Códigos de Productos

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

A - HMO Premium	Q - Carelink
B - HMO Value	R - HMO Select 15
C - HMO Basic	S - HMO Select 20
D - HMO Choice Copay	T - Advantage HMO Select 750
E - Advantage HMO	U - Advantage HMO Select 2000
G - Advantage HMO Saver	W - Rhode Island Healthpact
H - POS	X - Your Choice HMO
I - POS Choice Copay	Y - Your Choice PPO
J - EPO	Z - Steward Community Choice
K - EPO Choice Copay	RIC - Rhode Island Conversion
L - PPO	
M - Advantage PPO	
O - Advantage PPO Saver	
P - Navigator por Tufts Health Plan	

Hablamos 140 idiomas.
Llame a Servicios al miembro.

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 කතා කරමු

¿Necesita ayuda?

Si necesita ayuda para seleccionar un PCP, visite tuftshealthplan.com y utilice la función de búsqueda de médico (Doctor Search feature). Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a nuestro especialista de servicios al miembro.

Servicios al miembro:
800-462-0224

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA MIEMBROS

Escriba en letra de imprenta o a máquina. Asegúrese de que esta solicitud esté completa en su totalidad para garantizar la inscripción. Los empleadores pueden enviar los formularios completos por correo a: Tufts Health Plan • P.O. Box 9186 • Watertown, MA 02471-9186

NO COMPLETAR LAS ÁREAS MARCADAS EN AZUL CAUSARÁ UNA DEMORA EN LA INSCRIPCIÓN.

SECCIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del grupo/compañía _____ Número de grupo _____

Ubicación de la oficina _____ Fecha de contratación _____ Fecha de vigencia de la cobertura _____

Tipo de inscripción: Nueva contratación Inscripción abierta COBRA Nuevo grupo Evento calificador (DEBE especificar) _____ Fecha del evento calificador _____

SECCIÓN DEL MIEMBRO

PRODUCTO (Seleccione la letra que corresponde de la lista en la primera página) _____ Otro _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Idioma principal _____

Número de Seguro Social del empleado (requerido) _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____ / _____ / _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección de correo postal (Residencia) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono de la casa (_____) _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Compañero de hogar Tipo de cobertura solicitada: Individual Familiar Otra _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

Proveedor de atención primaria (sólo para HMO, POS, EPO) Nombre _____ Apellido _____ Número de identificación de PCP _____ ¿Es usted un paciente establecido de este PCP? Sí No

Miembros que se inscriben (Nombre, incluya el apellido si es diferente)	Sexo M/F	Fecha de nacimiento (mm/dd/año)	Número de Seguro Social	Elija un Proveedor de atención primaria para cada miembro (sólo para HMO, POS, EPO. Incluya el nombre y apellido).	Marque si se utiliza actualmente para atención primaria	No. de Identifica- ción del PCP
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero de hogar			- -		<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"/>	

Marque si está utilizando solicitudes adicionales de membresía para hijos dependientes adicionales.

¿Usted o alguien más cubierto bajo esta póliza de seguro tiene otra cobertura de seguro médico al mismo tiempo que su póliza de Tufts Health Plan está vigente? Sí Sí (Medicare) No

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

Nombres de los miembros de la familia cubiertos _____ ¿Trabaja el cónyuge? Sí No Si la respuesta es sí, nombre y dirección del empleador _____

La información proporcionada en este formulario es verdadera y completa. Autorizo a mi empleador a realizar las deducciones necesarias de la planilla, en su caso, por mi parte de la cobertura de Tufts Health Plan. Asigno los beneficios a los proveedores de Tufts Health Plan, lo que quiere decir que Tufts Health Plan está autorizado a realizar los pagos directamente a los proveedores de Tufts Health Plan por los servicios prestados. Le concedo a Tufts Health Plan todo los derechos legales que yo (nosotros) pueda tener (podamos tener) para recuperar el costo de los servicios por una enfermedad o lesión causada por otra persona cuando estos servicios han sido o serán pagados por Tufts Health Plan. Entiendo que las llamadas al departamento de Servicios al miembro pueden supervisarse para aseguramiento de calidad. Entiendo que los beneficios para los que yo (nosotros) soy elegible (somos elegibles) son aquellos descritos en los documentos de beneficios del miembro que correspondan.

Firma (requerido) _____ Fecha _____ Firma del Departamento de beneficios _____ Teléfono _____ Fecha _____

BLANCA: COPIA DE TUFTS HEALTH PLAN ROSADA: COPIA DEL EMPLEADOR AMARILLA: COPIA DEL SUSCRITO. Conserve la copia amarilla como su tarjeta provisional de Tufts Health Plan.