

## INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Care N' Care es una organización de Medicare Advantage que ofrece planes HMO y PPO. Usted debe vivir en uno de los siguientes condados para calificar: **Collin, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Rockwall, Tarrant y Wise.**

Complete el formulario de solicitud de inscripción en la siguiente página utilizando las siguientes instrucciones. También puede inscribirse en Care N' Care por teléfono llamando al número que se detalla a continuación o en línea en [cnhealthplan.com/enroll](http://cnhealthplan.com/enroll).

### Información del plan

- Elija el plan que mejor se adecua a sus necesidades.
- Escriba el nombre del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) que ha elegido. ¿Necesita un médico de cuidado primario? Encuentre uno cerca suyo buscando en nuestro directorio en línea en [www.cnhealthplan.com/search](http://www.cnhealthplan.com/search).
- Debe elegir y mencionar a un médico de atención primaria (PCP) si usted elige el plan HMO.
- Entiende que el plan que ha elegido NO es un seguro complementario de Medicare (plan Medigap).

### Información del solicitante

- Debe completar un formulario separado para cada persona que se inscriba en nuestro plan.
- Escriba su nombre exactamente como aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Así es como aparecerá en su tarjeta de identificación de miembro.
- La información incompleta puede demorar su inscripción.
- Entiende que debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

### Firma y fecha del formulario de solicitud de inscripción

- Complete todas las secciones del formulario de solicitud de inscripción en su totalidad, incluido el plan en el que desea inscribirse y su opción de pago de la prima. La información incompleta o faltante puede causar un retraso en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.
- Care N' Care debe firmar, fechar y recibir su formulario de solicitud de inscripción antes del último día calendario del mes para que su cobertura entre en vigencia el primer día del mes siguiente.
- Si su representante autorizado le ayudó a completar este formulario, él/ella debe firmar el formulario y presentar una copia de la orden judicial o poder notarial duradero que lo/la habilita para actuar en su nombre, de ser solicitado por el plan.
- Care N' Care determina cuándo se considera que su formulario de solicitud de inscripción está completo según las pautas de inscripción de Medicare.
- Su inscripción en Care N' Care queda sujeta a la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Si su inscripción no es aceptada por los CMS, le notificaremos inmediatamente.

### Devolución del formulario de solicitud de inscripción

- Envíe por correo postal el formulario de inscripción completo a:

Care N' Care Insurance Co., Inc.  
1701 River Run, Suite 402  
Fort Worth, TX 76107

### ¿Tiene preguntas? Llame a Care N' Care

Llame de forma gratuita al 1-877-665-2622 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora central, los siete días de la semana.

Care N' Care Insurance es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.

# Formulario de solicitud de inscripción individual - 2019

Póngase en contacto con Care N' Care si necesita información en otro idioma o formato (braille).

## Para inscribirse en los planes de salud de Care N' Care, proporcione la siguiente información:

<b>Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse: Planes MA-PD:</b> <input type="checkbox"/> Care N' Care Choice Premium PPO \$119 por mes <input type="checkbox"/> Care N' Care Choice Plus PPO \$55 por mes <input type="checkbox"/> Care N' Care Choice PPO \$0 por mes		<b>Plan MA-ONLY:</b> <input type="checkbox"/> Care N' Care Choice MA-Only PPO \$0 por mes <b>Cláusulas adicionales para beneficios complementarios opcionales:</b> <input type="checkbox"/> Cláusula adicional para salud dental de Care N' Care \$18 por mes	
APELLIDO: _____		PRIMER nombre: _____	
		Inicial del 2.º nombre: _____	
		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.	
Fecha de nacimiento: ( __ / __ / ____ ) (MM/DD/AAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: (    )	Número de teléfono alternativo: (    )
Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo): _____			
Ciudad: _____	Condado: _____	Estado: _____	Código postal: _____
<b>Dirección postal</b> (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente): Dirección: _____			
Ciudad: _____	Condado: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Contacto para emergencias: _____	Número de teléfono: _____		Relación con usted: _____
Dirección de correo electrónico: _____			

## Proporcione la información del seguro de Medicare

<b>Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.</li> </ul> <p>- O -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.</li> </ul>	Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____
	Número de Medicare: _____
	Tiene derecho a:                      Fecha de entrada en vigencia:
	COB. HOSPITALARIA (Parte A)        _____
	COB. MÉDICA (Parte B)                _____
Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.	

## Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagarla todos los meses por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT). También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB). Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. **NO pague a Care N' Care el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D.**

Puede pagar la prima mensual del plan, (incluida la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude), todos los meses por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT). También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. **NO pague a Care N' Care el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar el costo de sus medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

### Elija una opción de pago de la prima:

- Obtenga una factura mensual.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses.

*Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:*

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de enrutamiento del banco: \_\_\_\_\_

Número de la cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Corriente  De ahorros

- Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Obtengo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

*(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).*

# Formulario de solicitud de inscripción individual - 2019

## Lea y responda estas preguntas importantes:

**1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?**  Sí  No  
Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, adjunte una nota o los registros del médico que indiquen que usted recibió un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional.

**2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.**  Sí  No

**¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de Care N' Care Health Plan?**

Si la respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura	Núm. de identificación para esta cobertura	Núm. de grupo para esta cobertura
-----------------------------	--	-----------------------------------

**3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?**  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): \_\_\_\_\_

**4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?**  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", proporcione el número de Medicaid: \_\_\_\_\_

**5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?**  Sí  No

**Elija el nombre del médico de atención primaria (PCP):**

**Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en un formato accesible:**  Español  Letra grande

Si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con Care N' Care al 1-877-374-7993. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. horario central, los siete días de la semana; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. horario central, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



## Lea esta información importante



**Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Care N' Care Health Plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en nuestro Care N' Care Health Plan, podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato.** Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarle.

## Lea y firme a continuación

**Al completar esta solicitud de inscripción, acepta lo siguiente:**

Care N' Care es un plan Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga

# Formulario de solicitud de inscripción individual - 2019

o que pueda obtener en el futuro. Comprendo que si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare o una cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si más adelante me inscribo en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción al plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Care N' Care brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Care N' Care brinda servicios, debo avisar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de Care N' Care, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Care N' Care cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Care N' Care, el uso de los servicios dentro de la red puede tener un costo menor que el uso de los servicios fuera de la red, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. De ser médicamente necesario, Care N' Care ofrece reembolsos por todos los beneficios cubiertos, incluso si se reciben fuera de la red. Los servicios autorizados por Care N' Care y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de Care N' Care (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, **NI MEDICARE NI CARE N' CARE PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por Care N' Care, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Care N' Care.

**Divulgación de información:** al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Care N' Care divulgará mi información a Medicare y otros planes, según sea necesario, para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que Care N' Care divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
---------------	----------------------

Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Únicamente para uso oficial:**

Nombre del agente/corredor: \_\_\_\_\_ Número de productor nacional (NPN): \_\_\_\_\_  
(si obtuvo ayuda para la inscripción)

Número de identificación del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

Fecha en que el agente recibió la solicitud: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_ No elegible: \_\_\_\_\_