

Guía del Formulario de solicitud de inscripción

Care N' Care (HMO/PPO) es una organización de Medicare Advantage que ofrece planes HMO y PPO. Usted debe vivir en uno de los siguientes condados para calificar: **Condados de Collin, Cooke, Dallas, Denton, Erath, Hood, Johnson, Palo Pinto, Parker, Rockwall, Somervell, 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 figura a continuación o en línea en cnchealthplan.com/enroll.



Información del plan

- Elija el plan que mejor se adecua a sus necesidades.
- Escriba el nombre del médico de atención primaria (PCP) que ha seleccionado. ¿Necesita un PCP? Encuentre uno cerca de su domicilio buscando en nuestro directorio en línea en cnchealthplan.com/search.
- Seleccione y mencione un médico de atención primaria (PCP) dentro de la red si elige el plan HMO.
- Entienda que el plan que ha elegido **NO** es un seguro complementario de Medicare (plan Medigap).



Información del solicitante

- Complete un Formulario de solicitud de inscripción por separado para cada persona que se inscriba en un 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 de Care N' Care.
- **Revise dos veces:** la falta de información puede demorar su inscripción.
- Recuerde que debe continuar pagando su 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 de solicitud de inscripción, él/ella debe firmar el formulario y presentar una copia de la orden judicial o del poder notarial duradero que lo/la habilita para actuar en su nombre, de ser solicitado por Care N' Care.
- 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 solicitud de inscripción completado a:

Care N' Care Insurance Co., Inc.
1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300
Farmers Branch, TX 75234

¿Tiene preguntas? ¡Llame a Care N' Care!

Llame al número gratuito 1-877-665-2622 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.