

Formulario de solicitud de inscripción individual

para inscribirse en un plan Medicare Advantage (Parte C)

o en un plan de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean inscribirse en el plan Medicare Advantage o el plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.
- Ser un residente permanente en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que puede inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los campos en la Sección 1. En la Sección 2, los campos son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Se le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

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

Una vez que procesen su solicitud para inscribirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Care N' Care al 1-877-905-9214. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Care N' Care al 1-877-905-9214/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar.

- Si quiere unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse como su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recopilación de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control vigente emitido por la OMB para esta recolección de datos es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos que sean necesarios y completar y revisar la recolección de estos. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Se destruirá cualquier documento que recibamos que no se refiera a la mejora de este formulario o a la carga de recolección (descrito en la OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Sección I: todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

- Care N' Care Choice Premium (PPO) H6328-001 \$194 por mes
- Care N' Care Choice Plus (PPO) H6328-002 \$53 por mes
- Care N' Care Choice (PPO) H6328-003 \$0 por mes
- Care N' Care Choice MA-Only (PPO) H6328-005 \$0 por mes

- Care N' Care Classic (HMO) H2171-001 \$0 por mes
- Southwestern Health Select (HMO) H2171-003 \$0 por mes

Cláusula adicional opcional para beneficios complementarios:

- Cláusula adicional para salud dental de Care N' Care 25 por mes

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Inicial del 2.º nombre: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono: 1 () -
--------------------------------------	---	--------------------------------

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado de correos [PO Box]):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
---------	----------	---------	----------------

Dirección postal, si es distinta de la dirección permanente (se admite un apartado de correos [PO Box]):
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA o TRICARE) además de Care N' Care? Sí No
 Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y médica (Parte B) para permanecer en Care N' Care.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage o en el plan de medicamentos con receta de Medicare, acepto que Care N' Care compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recolección de estos datos (consulte a continuación la Declaración de la Ley de Privacidad). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que solamente puedo tener un plan Medicare Advantage (MA) o un plan de la Parte D a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D (las excepciones se aplican a los planes MA PFFS, MA MSA).
- Comprendo que al comenzar mi cobertura de Care N' Care, debo recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos con receta de parte de Care N' Care. Los beneficios y servicios brindados por Care N' Care e incluidos en el documento "Evidencia de cobertura" de Care N' Care (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Care N' Care pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (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.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre: _____ **Dirección:** _____

Número de teléfono: _____ **Relación con la persona inscrita:** _____

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Usted puede decidir si responde o no estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura si no las completa.

¿Su origen es hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- No, no tengo origen hispano, latino ni español.
- Sí, soy de México o tengo origen mexicano o chicano.
- Sí, soy de Puerto Rico.
- Sí, soy de Cuba.
- Sí, tengo otro origen hispano, latino o español.
- Prefiero no responder**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- India americana o nativa de Alaska
- Indoasiática
- Negra o afroamericana
- China
- Filipina
- Guameña o chamorra
- Japonesa
- Coreana
- Nativa de Hawái
- Otra raza asiática
- Otra raza isleña del Pacífico
- Samoana
- Vietnamita
- Blanca
- Prefiero no responder**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille Letra grande CD de audio

Si necesita información en un formato accesible distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con Care N' Care llamando al 1-877-905-9214. Nuestro horario de atención desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar central, los 7 días de la semana y, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar central, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Indique el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud: _____

Nota: En el caso de los planes HMO, si NO se proporciona un PCP, Care N' Care le asignará uno automáticamente.

Fecha de entrada en vigencia de la Parte A de Medicare: _____

Fecha de entrada en vigencia de la Parte B de Medicare: _____

¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione el número de Medicaid: _____

¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? 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): _____

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Quiero recibir los siguientes documentos por correo electrónico. Seleccione una o más opciones:

- Aviso anual de cambios (ANOC)
- Evidencia de cobertura (EOC)
- Boletín informativo
- Alertas para miembros

Dirección de correo electrónico: _____

Continuación de la Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Cómo pagar las primas del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) todos los meses por correo, mediante el portal de pagos en línea en cnchealthplan.com/members o por transferencia electrónica de fondos (EFT). **También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).**

Si debe pagar el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. Por lo general, el monto se descuenta de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a Care N' Care el IRMAA de la Parte D.

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

Elija una opción de pago de la prima:

- Recibir 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 cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Corriente De ahorro

- 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/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).

Información del agente:

Nombre del agente/corredor, si ayudó con la inscripción: _____ Número de NPN: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____ Fecha en la que el agente recibió la solicitud: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare & Medicaid Services, CMS) recolectan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios de los planes Medicare Advantage (MA) o de los planes de medicamentos con receta (PDP), para mejorar la atención y para realizar el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 de las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recolección de estos datos. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de las inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)" del Aviso del sistema de registros (SORN), Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.

La discriminación es ilegal

El plan de salud de Care N' Care (HMO/PPO) cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Care N' Care no excluye a personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Care N' Care:

- **Proporciona servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como los siguientes:**
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- **Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas que tienen un idioma nativo diferente del inglés, como los siguientes:**
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Care N' Care al 1-877-665-2622 (TTY: 711) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar central, y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar central.

Si considera que Care N' Care no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a: Care N' Care, Attn: Appeals and Grievances, 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300, Farmers Branch, TX 75234, 1-877-665-2622 (TTY 711), o por fax al 817-810-5214. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Apelaciones y Reclamos está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por teléfono o correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-374-7993 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-374-7993 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我們提供免費的翻譯服務，幫助解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我們的中文工作人員很樂意提供幫助。這是一項免費服務。

Chino cantonés: 對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-374-7993 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-374-7993 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-374-7993 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-374-7993 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-374-7993 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إن خدمة الترجمة لدينا مجانية لتسهيل فهم الأسئلة المتعلقة بخطة التأمين الطبي أو خطة الأدوية. يمكنك الاتصال بنا على رقم 1-877-374-7993 (TTY: 711) للحصول على خدمة الترجمة مجاناً. نحن نقدم لك المساعدة من قبل موظف يتحدث العربية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-374-7993 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-374-7993 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-374-7993 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-374-7993 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 社の健康 健康保と品 方プランに するご質問にお答えするために、無料の通ササービスがあります。通 をご用命になるには、1-877-374-7993 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサ サービスです。



Insurance Company, Inc.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, usted solamente puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que se aplique en su caso. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si, más adelante, determinamos que esta información es incorrecta, se puede cancelar su inscripción en el plan.

- Soy un miembro nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente salí de prisión. Me liberaron el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente volví al país después de vivir en forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente obtuve la ciudadanía de los Estados Unidos. Obtuve la ciudadanía el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, me cambié de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en la Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda adicional, me cambié de nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (colocar la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtengo Ayuda adicional para pagar la cobertura de mis medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy yendo, voy a vivir o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo), o recientemente me fui de un centro de este tipo. Me fui o iré a vivir al centro, o me fui o iré de él, el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente salí del programa PACE el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos con receta de forma involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de mis medicamentos con receta el (colocar la fecha) _____.
- Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato el (colocar la fecha) _____.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.

- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (colocar la fecha) _____.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no califico para participar en dicho plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (colocar la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o por un desastre importante (según lo declara la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme a causa del desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Care N' Care (HMO/PPO) al 1-877-905-9214 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar central.