

CARE N' CARE CHOICE (PPO) H6328-003
 CARE N' CARE CHOICE PLUS (PPO) H6328-002
 CARE N' CARE CHOICE PREMIUM (PPO) H6328-001

CARE N' CARE CHOICE MA-ONLY (PPO) H6328-005
 CARE N' CARE CLASSIC (HMO) H2171-001
 SOUTHWESTERN HEALTH SELECT (HMO) H2171-003

Formulario de solicitud de inscripción a los beneficios complementarios opcionales

Formulario de solicitud de inscripción

Si tiene preguntas sobre su formulario de solicitud de inscripción, llámenos al 1-877-374-7993; los usuarios de TTY deben llamar al 711. El Equipo de experiencia al cliente está disponible para ayudarlo 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 8:00 p.m., hora estándar central. Comuníquese con Care N' Care si necesita información en otro idioma o formato.

Usted se está inscribiendo en el siguiente beneficio complementario opcional de Care N' Care:

Cláusula adicional de salud dental de \$25 por mes

Número de identificación de miembro de Care N' Care: _____

Para inscribirse en el beneficio complementario opcional de Care N' Care, proporcione la siguiente información:

APELLIDO:		PRIMER nombre:	Inicial del 2.º nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular:		Número de teléfono alternativo:	
Dirección de residencia permanente (no se admiten apartados de correos)					
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Condado:	
Dirección postal (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):					
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Condado:	
Contacto para emergencias:	Número de teléfono:		Relación con usted:		
Dirección de correo electrónico:					

Todos los campos de esta sección 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**

Cómo pagar las primas del beneficio complementario opcional

Puede pagar su prima mensual del plan por correo postal, por deducción del Seguro Social/de la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board, RRB) o por “Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT)” cada mes.

Elija una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura mensual (la prima del beneficio complementario opcional de Care N’ Care se añadirá a su factura de Medicare Advantage).
- Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB. (La deducción del Seguro Social puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su 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 de sus primas mensuales).
- 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: _____ Tipo de cuenta: Corriente De ahorro

Número de enrutamiento del banco: _____ Número de la cuenta bancaria: _____

Lea y responda estas preguntas importantes:

Es posible que algunas personas tengan otra cobertura dental, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia.

¿Tendrá otra cobertura dental complementaria además de Care N’ Care? Sí No

Si la respuesta es “sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:

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

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

Si la respuesta es “sí”, proporcione el número de Medicaid:

3. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

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 Braille

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

Lea y firme a continuación

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. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Si completo esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Es mi responsabilidad informar a Care N' Care sobre cualquier cobertura dental que tenga o que pueda obtener en el futuro. Una vez que me inscriba, solo podré realizar cambios en determinados momentos del año en los que haya un período de inscripción disponible (para el año de contrato 2023, esto es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2022) o en determinadas circunstancias especiales. Entiendo que este contrato se renueva automáticamente y que los pagos realizados no son reembolsables para ningún asegurado.

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.

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.

Reconocimiento completo y verdadero:

Entiendo, acepto y represento lo siguiente: He leído este documento o alguien me lo ha leído. Las respuestas son completas y verdaderas. He recibido y revisado todas las publicaciones estatales o federales. Ni yo ni ningún agente o productor tenemos autoridad para no responder de forma completa a una pregunta, determinar la cobertura o asegurabilidad, alterar un contrato o renunciar a cualquiera de los otros derechos y requisitos de Care N' Care. Este producto solicitado no es un plan de seguro grupal patrocinado por el empleador y no cumple con las leyes estatales o federales para pequeños empleadores. Si se acepta este formulario de inscripción para la cobertura, esta entrará en vigencia en la fecha especificada por Care N' Care. La aceptación de la prima y las tarifas no garantiza la cobertura. Autorizo la deducción automática de mi cuenta bancaria especificada para el pago de la prima o los gastos administrativos si así lo selecciono en este formulario de inscripción. Cualquier tergiversación de datos importantes u omisión en este formulario de inscripción puede ser utilizada por Care N' Care para anular la Cláusula adicional opcional para beneficios complementarios o para modificar los términos de la cobertura.

Cualquier persona que, con intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente un formulario de inscripción o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de cometer fraude.

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 Care N' Care o Medicare la requiera.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con

() -

la persona inscrita:

La discriminación es ilegal

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 bien 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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamat. Upang makakuha ng tagasalang-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: اني دلة دي وودأل لودج وأ حصل لابل قل عتت ةلئسأ يأ ن ع ةباج ل ل ةي ن اجم ال يروف ال م جرت م ال امدخ مدقن انن! ام صخش موقسي. 1-877-374-7993 (TTY: 711) ع ل ع انب لاصتال اى وس ك ل ع س ي ل ، يروف م جرت م ل ع ل و ص ح ل ل ةي ن اجم ةمدخ هذ ه. ك ت د ع ا س م ب ةي ب ر ع ل ا ث د ح ت ي .

Hindi: हमारे सुवास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं 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 Italianovi 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.

Criollo francés: 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。