NC DEPARTMENT OF
HEALTH AND HUMAN SERVICES
Division of Health Benefits

Formulario de inscripción

Usted puede usar este formulario para elegir o cambiar la opción de cuidados de salud y el PCP de cada persona.

Elija o cambie su opción de cuidados de salud de una de estas maneras:

1. Llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com).
2. Llene este formulario y envíelo por correo a nuestras oficinas en el sobre incluido. O por fax al 1-833-898-9655.

PATRICIA A. GARCÍA
1234 ANY MAIN STREET
RALEIGH, NC 27603-1000

MUESTRA

Persona 1	**PATRICIA A. GARCÍA, 02/16/1985**	Nº de identificación: **XXX-XX-XXXX**
▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.		
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización		Nº de teléfono del PCP (opcional) ( )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)		
¿Usted quiere este PCP para todas las personas anotadas en este formulario? ☐ Sí ☐ No		
▶ **Elija una opción de cuidados de salud.** ☐ EBCI Tribal Option ☐ UnitedHealthcare Community Plan ☐ WellCare ☐ HealthyBlue ☐ AmeriHealth Caritas ☐ Carolina Complete Health		

Persona 2		Nº de identificación:
▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.		
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización		Nº de teléfono del PCP (opcional) ( )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)		
▶ **Elija una opción de cuidados de salud.**		

Persona 3		Nº de identificación:
▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.		
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización		Nº de teléfono del PCP (opcional) ( )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)		
▶ **Elija una opción de cuidados de salud.**		

¿Alguna pregunta? Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. O llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com). Podemos hablar con usted en otros idiomas.

Puede obtener ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluida información en otros idiomas o formatos como letra grande o audio. Llámenos gratis al **1-833-870-5500**.

SAMPLE

Persona 4	Nº de identificación:
▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización	Nº de teléfono del PCP (opcional) ( )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ **Elija una opción de cuidados de salud.**	

Persona 5	Nº de identificación:
▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización	Nº de teléfono del PCP (opcional) ( )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ **Elija una opción de cuidados de salud.**	

Persona 6	Nº de identificación:
▶ **Elija un proveedor personal (PCP).** Asegúrese de que el PCP esté en la opción de cuidados de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP o nombre de la organización	Nº de teléfono del PCP (opcional) ( )
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ **Elija una opción de cuidados de salud.**	

Si un miembro de Medicaid no está anotado en este Formulario de inscripción:

- Llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com) **o**,
- escriba el nombre y número de identificación del miembro en este formulario. Luego elija el proveedor personal (PCP) y la opción de cuidados de salud.

Firme y escriba la fecha	
▶ **El jefe de la familia o tutor** firma aquí	Fecha
▶ **Representante autorizado** Si usted es un representante autorizado para este hogar, llene esta sección y firme abajo.	
Nombre del representante autorizado	Nº de teléfono ( )
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ El representante autorizado firma aquí	Fecha

SAMPLE