



Formulario de inscripción

Usted puede usar este formulario para elegir o cambiar de plan de salud y PCP para cada persona anotada. O inscribese por internet, usando la aplicación para teléfono móvil (celular) o por teléfono.



99999993EF

JANE SMITH
10520 CHAPEL HILL RD
MORRISVILLE NC 27560-3000

Elija o cambie su plan de salud de una de estas maneras:

1. Por internet, en ncmedicaidplans.gov
2. Use la aplicación para teléfono móvil (celular) de NC Medicaid Managed Care
3. Llámenos al **1-833-870-5500** (Número de TTY: 1-833-870-5588)
4. Llene este formulario y envíelo por correo a nuestras oficinas en el sobre incluido. O por fax al 1-833-898-9655.

★ Si está inscrito en NC Medicaid Direct, usted no tiene que elegir un plan de salud.

Persona 1 JOHN SMITH, 02/16/1985	Nº de identificación: 99999993X2
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP	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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
▶ Elija un plan de salud (ponga una X en la casilla).	
<input type="checkbox"/> WellCare	<input type="checkbox"/> HealthyBlue
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan	<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas
Persona 2 JANE SMITH, 02/16/1985	Nº de identificación: 99999993X1
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija un plan de salud (ponga una X en la casilla).	
<input type="checkbox"/> WellCare	<input type="checkbox"/> HealthyBlue
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan	<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas
Persona 3	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija un plan de salud (ponga una X en la casilla).	

¿Alguna pregunta? Vaya a ncmedicaidplans.gov. O llámenos al **1-833-870-5500** (Número de TTY: 1-833-870-5588), de lunes a sábado de 7 a.m. a 5 p.m. Podemos hablar con usted en otros idiomas.

Para obtener esta información en otros idiomas o formatos, como letras grandes o audio, llame al **1-833-870-5500**.



Persona 4	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija un plan de salud (ponga una X en la casilla).	
Persona 5	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija un plan de salud (ponga una X en la casilla).	
Persona 6	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija un plan de salud (ponga una X en la casilla).	

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