



Formulario de inscripción

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



0000332948HP

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

MUESTRA

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

1. Vaya a ncmedicaidplans.gov/es.
2. Use la aplicación para teléfono móvil (celular) gratuita de NC Medicaid Managed Care.
3. Llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 11 o RelayNC.com).
4. Llene este formulario y envíelo por correo a nuestras oficinas en el sobre incluido. O por fax al 1-833-898-9655.

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
▶ Elija una opción de cuidados de salud.		
<input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> HealthyBlue <input type="checkbox"/> Carolina Complete Health <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas		
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**.

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