

Formulario de cancelación de la inscripción

Si solicita la cancelación de la inscripción, debe seguir obteniendo toda la atención médica de Care N' Care hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación de la inscripción. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de la inscripción antes de obtener servicios médicos fuera de la red de Care N' Care. Le notificaremos la fecha de entrada en vigor después de que usted nos envíe este formulario.

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Stra.
Número de Medicare: (Nota: puede utilizar "Número de miembro" en lugar de "Número de Medicare")			
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular	

Lea cuidadosamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de inscripción:

Si me inscribí en otro plan de medicamentos con receta médica de Medicare o Medicare Advantage, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Care N' Care en la fecha de entrada en vigor de la nueva inscripción. Entiendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que si estoy cancelando mi inscripción en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y quiero una cobertura de medicamentos con receta médica en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima más alta por la cobertura.

Su firma*: _____

Fecha: _____

* O la firma de la persona autorizada a actuar en su nombre en virtud de las leyes del estado donde reside. Si una persona autorizada (según se describe antes) firma este documento, esta firma certifica que:

- 1) la persona está autorizada, conforme a las leyes estatales, a completar la cancelación de la inscripción y
- 2) la documentación de esta autorización está disponible mediante solicitud a Care N' Care o Medicare.

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el afiliado: _____

Care N' Care Insurance Company, Inc. (Care N' Care) es un plan HMO y PPO con contrato de Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.

Y0107_24_010_M_SP

Por lo general, puede cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año o durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Elección.

- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recibí Ayuda Adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (Insertar la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o Recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudo, vivo o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré dentro/fuera del instalación el (insertar fecha) _____.
- Me uniré a un programa PACE el (insertar fecha) _____.
- Me uniré a la cobertura del empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Care N' Care al 1-877-374-7993. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para ver si son elegibles para cancelar su inscripción. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. CST, los siete días de la semana o del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m. CST, de lunes a viernes.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: 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.

Spanish: 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.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為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為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: 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.

French: 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.

Vietnamese: 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 .

German: 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.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 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.

Russian: 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.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم (TTY: 711) 1-877-374-7993 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-xxx-xxx-xxxx] بمساعدتك. هذه خدمة مجانية شخص ما 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.

Italian: 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.

French Creole: 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.

Polish: 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.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳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。これは無料のサービスです。