

N.º de caso _____
N.º de dist. _____

Formulario de inscripción en CCNC/CA

Fecha: _____ Condado: _____ Fax: _____ Persona que completa el formulario: _____

Titular del caso: _____ MID _____ Idioma preferido: _____
Dirección: _____

Calle

Ciudad

Cód. Postal

N.º de teléfono: _____ Celular _____ Correo electrónico: _____

	Persona que se va a inscribir	Fecha de nacimiento	Identificación de Medicaid/NCHC	Nombre del proveedor de atención primaria	Identificación del proveedor o código de exención
1					
2					
3					
4					
5					

En caso de querer solicitar una exención temporal para alguna de las personas mencionadas anteriormente, escriba el número de identificación del beneficiario y suministre una explicación detallada del motivo de tal solicitud. Adjunte una hoja adicional de ser necesario.

(Medicaid)

- Manual de CCNC/CA suministrado en el momento de la entrevista.
- Manual de CCNC/CA enviado por correo al titular del caso.
- Folleto "CCNC/CA: Los beneficios de ser miembro-Medicaid" (Figura 12a) suministrado en el momento de la entrevista.
- Folleto "CCNC/CA: Los beneficios de ser miembro-Medicaid" (Figura 12a) enviado por correo al titular del caso.

(NCHC)

- Folleto "Los beneficios de ser miembro-NCHC" (Figura 12b) suministrado en el momento de la entrevista.
- Folleto "Los beneficios de ser miembro-NCHC" (Figura 12b) enviado por correo al titular del caso.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL JEFE DEL HOGAR SI EL PACIENTE ES MENOR:

FECHA: _____

(Al firmar este formulario, certifico que he recibido una explicación de CCNC/CA y que se me ha dado la oportunidad de elegir un hogar médico participante).

FOR STATE USE ONLY

Exemption Denied Exemption Approved Exempt Code: _____

División de Asistencia Médica
Community Care of North Carolina/Carolina Access
Fax de la DMA: 919-715-5235