

## 2020 | Solicitud de plan dental individual

*para particulares y familias de Oregon*

Por favor, llene todas las secciones de esta solicitud y envíenosla. Si la solicitud está incompleta o necesitamos más información, es posible que su fecha de entrada en vigencia se retrase. Asegúrese de que la información esté escrita claramente. Si no podemos entender algo, le devolveremos su solicitud. Debemos recibir su solicitud llena antes de la fecha de entrada en vigencia solicitada. Para la inscripción especial, debemos recibir esta solicitud y la documentación de respaldo dentro de los 60 días de la fecha del suceso de inscripción especial. Su proceso de solicitud podría retrasarse o ser denegado si no se proporciona la documentación de respaldo.

### Sección 1: Tipo de solicitud

La razón por la que hago una solicitud o cambio es:

#### Inscripción abierta

- Nueva póliza/suscriptor
- Añadir un dependiente al plan actual
- Únicamente por cambio de plan

Nombre del suscriptor actual de Delta Dental

Número de suscriptor actual

### Inscripción especial

Fecha del suceso (dd/mm/aaaa)

- Matrimonio o pareja de hecho registrada (RDP, por sus siglas en inglés)
- Nacimiento, adopción o colocación para adopción
- Colocación de un niño en adopción
- Pérdida de cobertura por cumplir los 26 años
- Pérdida de cobertura debido a la finalización del matrimonio o RDP
- Pérdida de elegibilidad para la cobertura grupal
- COBRA terminó debido a la expiración de la cobertura
- Pérdida de cobertura de Oregon Health Plan (OHP, por sus siglas en inglés)
- Pérdida de cobertura Dental debido a cobertura de Medicare
- Otro: \_\_\_\_\_

Su solicitud llena debe incluir pruebas del suceso de vida que lo hizo elegible para una inscripción especial. Su proceso de solicitud podría retrasarse o ser denegado si no se proporciona la documentación de respaldo.

Puede encontrar una lista de la documentación admisible para respaldar su suceso de vida en [modahealth.com/shop/special-enrollment](http://modahealth.com/shop/special-enrollment).

Necesitará un motivo de inscripción especial para realizar algunos cambios fuera del período de inscripción abierta.

## Sección 2: Elegibilidad y residencia

Para ser elegible y poder solicitar uno de nuestros planes dentales individuales de Oregon, usted debe ser residente de Oregon y residir en nuestra área de servicio por lo menos durante seis meses al año. Si usted tuvo una cobertura dental individual de Delta Dental que haya terminado durante los últimos dos años, usted no será elegible a menos que tenga un suceso que califique para una inscripción especial, o que haya tenido una cobertura dental colectiva continua desde que se retiró de Delta Dental.

Confirmando que cumplo con estos requisitos.

## Sección 3: Selección del plan

Selecciono el siguiente plan dental y deducible para la fecha de entrada en vigencia solicitada \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ :

- Delta Dental PPO - \$0 de deducible
- Delta Dental EPO - \$0 de deducible
- Delta Dental PPO Bright Smiles - \$0 de deducible

Si está cambiando de un plan individual de Delta Dental of Oregon a otro fuera de la inscripción abierta, cualquier cantidad que proceda al límite de pago máximo anual del plan será transferida a su nuevo plan.

## Sección 4: Información del suscriptor

Esta sección debe llenarse con la información del suscriptor.

¿Es este un plan exclusivo para hijo(s)?

- No  Sí. Si la respuesta es sí, indique al hijo menor como el suscriptor.

Los hijos de 26 años de edad o mayores deben estar asegurados bajo su propia póliza.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Grupo étnico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique) _____			
Idioma de preferencia, oral y escrito <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique) _____			
Dirección de residencia	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Teléfono	

**Sección 5:** Información del dependiente — cónyuge o pareja de hecho registrada (RDP)

Por favor, llene esta sección para que su cónyuge o RDP esté cubierto en este plan dental.

Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> RDP	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Grupo étnico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique) _____				
Idioma de preferencia, oral y escrito <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique) _____				

**Sección 6:** Información del dependiente — hijos

Por favor, indique todos los hijos que estarán cubiertos en este plan dental (los hijos deben ser menores de 26 años de edad), y deben residir en la región del servicio (no hay cobertura para dependientes fuera de la región del servicio). Si es necesario, adjunte copias adicionales de esta página para enumerar a otros miembros de la familia que se incluirán en esta solicitud.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

*Si alguno de los hijos mencionados anteriormente pertenece a un grupo étnico o tiene un idioma principal diferente al del suscriptor, por favor, escriba su nombre, grupo étnico e idioma principal aquí.*

## Sección 7: Otro seguro

¿Contará usted con otro seguro dental?

Sí  No

## Sección 8: Crédito para el periodo de exclusión de beneficios (para nueva cobertura dental)

Para suscriptores y dependientes de 19 años o más:

¿Tiene usted 12 meses continuos de cobertura dental previa con no más de 90 días de interrupción de la cobertura desde la finalización de la póliza antigua hasta la fecha de entrada en vigencia esperada de la nueva póliza?

No  Sí. ¿Obtuvo esta cobertura a través de Delta Dental of Oregon? Si la respuesta es sí, le exoneraremos automáticamente el periodo de exclusión de su cobertura dental. Si obtuvo esta cobertura a través de un operador diferente, proporcione una carta de su compañía de seguros o empleador anterior que documente las fechas de inicio y finalización de su cobertura dental anterior. Esta documentación de cobertura previa es necesaria para que el crédito se aplique durante el periodo de espera de beneficios. Envíe este formulario por correo, fax o correo electrónico.

**Correo electrónico:** indunit@modahealth.com

**Fax:** 503-219-3696

**Correo estándar:** Delta Dental Plan of Oregon  
601 SW 2nd Avenue  
Portland, OR 97204

## Sección 9: Método de pago

Ofrecemos varias opciones de pago para que usted elija, incluyendo:

1. Pago automático de la factura electrónica a través del Panel de Miembros
2. Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés). Vea el acuerdo de autorización a continuación.
3. Cheque personal, giro postal o cheque de caja.

### Acuerdo de autorización para EFT

La EFT inicia alrededor del quinto día del mes, y toma alrededor de uno o dos días para enviarse a su cuenta. Su primer pago puede iniciar en una fecha posterior si su inscripción se procesa después del quinto día del mes. La factura de la prima será electrónica, y se encontrará en la sección eBill de myModa.

1. Llene y firme a continuación como titular de la cuenta para realizar las deducciones automáticas mensuales de su banco para el pago de las primas.
2. Adjunte una fotocopia de un cheque personal anulado de la cuenta o proporcione los números de ruta bancaria y de la cuenta a continuación.

Suscriptor		Titular de la cuenta	
Nombre del banco	Número de ruta	Número de cuenta	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Monetaria <input type="checkbox"/> Ahorros

Autorizo a Delta Dental of Oregon para cargar a mi cuenta monetaria las primas mensuales de la persona mencionada anteriormente. También autorizo a mi banco, indicado en este documento, para pagar estos cargos mensuales. Esta autorización permanecerá vigente hasta que dé a mi banco una oportunidad razonable para actuar de conformidad con ella. Puedo detener el pago al notificar a mi banco antes de que se haya cargado en mi cuenta.

Firma del titular de la cuenta X	Fecha de la firma
-------------------------------------	-------------------

### Sección 10: Opciones de facturación

Si está configurado para EFT, su factura de la prima será electrónica. Si no está configurado para EFT, recibirá facturas en papel por correo. Usted puede cambiar su preferencia de facturación por la opción electrónica por medio de la sección de eBill en su cuenta.

Si la factura debe indicar una dirección distinta a su dirección postal, por favor, anote la dirección de facturación a continuación.

Domicilio para la facturación	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------------	--------	--------	---------------

### Sección 11: Agente (para uso único del agente)

Yo (el agente) certifico que he explicado las disposiciones de elegibilidad al suscriptor. No he hecho ninguna declaración sobre los beneficios, condiciones o limitaciones del contrato, excepto a través de material escrito proporcionado por Delta Dental. He informado al suscriptor que la fecha de entrada en vigencia de la cobertura es asignada solo por Delta Dental.

Para que usted se convierta en el agente de registro, debe ser designado con Moda Health/Delta Dental. Por favor, firme y ponga la fecha abajo.

Nombre del agente	Nombre de la agencia	Teléfono	Agente/Agencia NPN
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Certifico que la información que me ha sido proporcionada por el suscriptor ha sido registrada de manera veraz y precisa.

Firma del agente (obligatoria)	Fecha de la firma
X	

*Nota para el agente: El pago no tiene que estar incluido en la solicitud, pero el primer pago es necesario para activar la cobertura.*

## **Sección 12:** Condiciones básicas de inscripción

- > Entiendo y acepto que esta solicitud no es una oferta de cobertura, y que la misma no empieza hasta que Delta Dental reciba y revise la presente solicitud y asigne una fecha para que entre en vigencia la cobertura.
- > Comprendo que si mi póliza anterior terminó porque no pagué las primas al momento de su vencimiento, es posible que esta nueva cobertura no comience hasta que haya pagado los montos de las primas vencidas de los últimos 12 meses, además de la prima del primer mes para esta nueva póliza.
- > Entiendo y acepto que esta solicitud se convierta en parte de mi plan.
- > Comprendo que no hay beneficios disponibles bajo este plan para servicios o suministros que se hayan recibido antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
- > Comprendo que la aceptación de la cobertura exige que las personas que figuran en esta solicitud sean residentes del estado de Oregon para solicitar y mantener la cobertura de este plan.
- > **“Residente”** se refiere a una persona que vive en el estado de Oregon y tiene la intención de vivir en el estado permanente o indefinidamente. Delta Dental puede solicitar una prueba de residencia ocasionalmente. Dicha prueba incluirá, pero no se limitará a, la dirección postal de la residencia de la persona y no un apartado postal.
- > Comprendo que puedo recibir beneficios inferiores a la cantidad facturada por mi proveedor cuando no reciba el tratamiento de un proveedor contratado.
- > Tengo el derecho de revisar y devolver la póliza dentro de los 10 días después de haberla recibido.
- > Los cambios potenciales debidos a mandatos estatales o federales, vigentes en enero, pueden alterar los beneficios o las tarifas de mi plan actual.
- > Independientemente de mi fecha de inscripción, la tarifa de mi plan se renovará el 1 de enero.
- > He leído la política de privacidad de Moda que está disponible en [modahealth.com](http://modahealth.com).

## **Sección 13:** ¡Sin papeles!

Usted puede verificar la explicación de sus beneficios (EOBs) en línea al ingresar a su cuenta. Una vez aprobada su solicitud, recibirá una carta de bienvenida con su número de identificación de miembro de Moda. Con este número de identificación, simplemente configure una cuenta en el Panel de Miembros visitando [DeltaDentalOR.com](http://DeltaDentalOR.com), seleccione la opción para recibir una EOBs electrónica.

## Sección 14: Certificación de finalización y exactitud

**Asegúrese de firmar y fechar la solicitud a continuación. Su cónyuge, RDP y cualquier dependiente mayor de 18 años deben firmar la solicitud.**

Afirmo que las respuestas dadas en esta solicitud están completas y son correctas a mi leal saber y entender. He proporcionado estas respuestas como parte del proceso de solicitud exigido por Delta Dental para inscribirse en la cobertura de seguro. Comprendo que, si esta solicitud contiene alguna tergiversación intencional de un hecho material, Delta Dental puede negar la cobertura, modificar o cancelar el contrato, rescindir el contrato o tomar otra acción legal. Informaré de inmediato a Delta Dental por escrito si ocurre algo que haga que esta solicitud sea incompleta o incorrecta antes de que mi cobertura entre en vigencia. Comprendo y acepto que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que sea aprobada por Delta Dental. Si se aprueba, la cobertura estará en vigencia a partir de la fecha determinada por Delta Dental. Delta Dental puede comunicarse conmigo para aclarar las respuestas en esta solicitud. Como suscriptor, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información en mi expediente.

Reconozco que he leído y comprendido esta solicitud, los términos y la certificación y la declaración de privacidad.

Escriba en letra de molde el nombre del responsable <sup>1</sup> si es una póliza para hijo(s) X	Parentesco <sup>2</sup>
<b>Firma del suscriptor</b> (si el suscriptor es menor de 18 años, firma del padre/tutor) X	<b>Fecha de la firma</b>
<b>Firma del cónyuge legal o RDP del suscriptor, si está solicitando cobertura</b> X	<b>Fecha de la firma</b>
<b>Firma del/los dependiente(s), de 18 años de edad o más, si está solicitando cobertura</b> X	<b>Fecha de la firma</b>
<b>Firma del/los dependiente(s), de 18 años de edad o más, si está solicitando cobertura</b> X	<b>Fecha de la firma</b>

*1 Parte responsable: Si usted es un adulto que no está cubierto por este plan y tiene la responsabilidad financiera o actúa como el cuidador principal del suscriptor y de otras personas cubiertas por este plan, entonces usted es la parte responsable.*

*2 Si no es el padre o la madre, por favor adjunte documentación legal si usted es el tutor legal o el titular de un poder notarial.*

**¿Listo para enviar?** Envíe este formulario por correo, fax o correo electrónico a Delta Dental.

**Correo:** Delta Dental/Moda, Membership Accounting, 601 SW Second Ave., Portland, OR 97204-3156

**Fax:** 503-219-3696 **Correo electrónico:** Escanéelo y envíelo a individualapp@modahealth.com.

¿Es nuevo en Delta Dental of Oregon? Visite [DeltaDentalOR.com](http://DeltaDentalOR.com) e ingrese a su cuenta para revisar su manual de miembro y su factura. Una vez que se registre para obtener su Panel de Miembro y solicite sus facturas electrónicas (ver la Sección 13), recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté lista.

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con nosotros al 855-718-1767.

**DeltaDentalOR.com**

Planes dentales en Oregon proporcionados por  
Oregon Dental Service, dba Delta Dental Plan of Oregon.

# Aviso de no discriminación

**Nos atenemos a las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos por grupo étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género, sexo u orientación sexual.**

Proporcionamos servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros. Estos incluyen intérpretes de lenguaje de señas y otras formas de comunicación.

Si su idioma materno no es el inglés, Moda también le ofrece servicios de interpretación gratuitos y oportunos y/o materiales escritos en otros idiomas.

**Si necesita algunos de los servicios mencionados anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente:**

888-374-8906 (TDD/TTY 711)

**Si usted cree que no ofrecemos estos servicios o que discriminamos, puede presentar una queja por escrito. Por favor, envíela por correo o fax a:**

Delta Dental of Oregon and Alaska  
Atención: Unidad de Apelaciones  
601 SW Second Ave.  
Portland, OR 97204  
Fax: 503-412-4003

**Dave Nesseler-Cass  
coordina nuestro trabajo  
de no discriminación:**

Dave Nesseler-Cass,  
Chief Compliance Officer  
601 SW Second Ave.  
Portland, OR 97204  
855-232-9111  
compliance@modahealth.com

**Si necesita ayuda para presentar una queja, por favor, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente.**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o por correo o teléfono:

Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos  
200 Independence Ave. SW,  
Room 509F HHH Building,  
Washington, DC 20201

800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY:711)

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229（聾啞人專用：711）

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجانًا. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

بولتے ہیں تو سانی (URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ پر کال کریں 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

ATTENTION : si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY : 711)

توجہ: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ صورت رایگان برای شما موجود است. با (TTY: 711) 1-877-605-3229 تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपको भाषाई सहायता बिना कोई पैसा दिए उपलब्ध है। 1-877-605-3229 पर कॉल करें (TTY: 711)

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意:日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229 (TTY、テレタイプライターをご利用の方は711)までお電話ください。

અગત્યનું: જો તમે (ભાષાંતર કરેલ ભાષા અહીં દર્શાવો) બોલો છો તો તે ભાષામાં તમારે માટે વિના મૂલ્યે સહાય ઉપલબ્ધ છે. 1-877-605-3229 (TTY: 711) પર કૉલ કરો

ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY:711) tiin bilbilaa.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

FA'AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoa fesoasoani tau gagana mo oe e le totogia. Vala'au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti llocano, sidadaan ti tulong iti lengguahe para kenka nga awan bayadna. Umawag iti 1-877-605-3229 (TTY: 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)