

# Formulario de solicitud de inscripción y cambio de información

Dental (1 – 99)



Delta Dental of Oregon & Alaska

## Uso exclusivo de Delta Dental

Número de grupo \_\_\_\_\_ Número de suscriptor \_\_\_\_\_

Para agilizar su solicitud, escribir en letra legible con tinta negra o azul y enviar de regreso según se indica. Favor de completar todas las secciones de esta aplicación. *Si la solicitud es incompleta o se requiere información adicional, su fecha de vigencia podría demorarse.*

## Sección 1 > Tipo de solicitud

Fuera del período de inscripción abierta, usted necesitaría una razón especial para inscribirse o realizar cambios (por ejemplo, agregar dependientes o cambiar planes). Si se inscribe o realiza cambios debido a un evento de inscripción especial, especifique el evento a continuación y proporcione documentación sobre su evento de vida. La razón por la que hago una solicitud o cambio es:

### Inscripción abierta

Fecha del evento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Nueva póliza/suscriptor
- Añadir dependiente al plan existente
- Solo cambio de plan
- Renuncia a la cobertura*  
(véase la Sección 7)

**Cambios** (estos pueden realizarse fuera de la inscripción abierta)

- Cambio de nombre  
Nombre nuevo: \_\_\_\_\_  
Nombre antiguo: \_\_\_\_\_
- Dirección nueva  
(por favor, escriba una nueva dirección en la Sección 3)

### Inscripción especial

Fecha del evento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Matrimonio
- Registro de pareja de hecho (PHR)
- Nacimiento, adopción o colocación para adopción
- Pérdida de cobertura porque cumplí 26 años
- Pérdida de cobertura debido al fin del matrimonio o de la pareja de hecho registrada (PHR)
- Pérdida involuntaria de cobertura de grupo
- COBRA/continuación terminada debido al agotamiento de los beneficios
- Otros \_\_\_\_\_

## Sección 2 > Cobertura

- Cobertura dental
- Delta Dental

Nombre de grupo	Subgrupo	Número de grupo	Clase
-----------------	----------	-----------------	-------

## Sección 3 > Información del empleador

Nombre*	Segundo nombre	Apellido*	Número del Seguro Social*	
Dirección*		Ciudad*	Estado*	Código postal*
Teléfono del hogar	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Género* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)*	
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		Dirección de correo electrónico		

## Sección 4 > Niños dependientes información de elegibilidad

Los niños son elegibles para inscribirse para la cobertura hasta la edad de 25 años. Consulte el Manual para miembros para obtener información adicional sobre la elegibilidad. Los siguientes son niños dependientes elegibles:

- Su hijo natural o adoptado o el de su cónyuge
- Niños colocados con usted para la adopción
- Recién nacidos de un dependiente cubierto, de quien usted es financieramente responsable (se requiere tutela legal para la cobertura después de los primeros 31 días)
- Los niños con parentesco por sangre o matrimonio de quien usted es el tutor legal (deberá adjuntar una orden judicial firmada que demuestre la tutela legal)
- El hijo natural o adoptado de su pareja de hecho (si las parejas de hecho pueden inscribirse en el plan de su empleador mediante declaración jurada)
- El hijo natural o adoptado de su pareja de hecho registrada

\*La inscripción se retrasará si no se completan los campos con un asterisco.

## Sección 5 › Dependientes

Código de parentesco: **CO** = cónyuge, **PH** = pareja de hecho, **PCR** = pareja civil registrada (solo PH y PHR si es aplicable a su plan)  
Por favor, use un formulario adicional si es necesario.

Agregar	Periodo	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Número de seguridad social*	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	Género*	Parentesco*	Idioma principal (si es diferente del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PH <input type="checkbox"/> PCR	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hijo <sup>1</sup>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hijo <sup>1</sup>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hijo <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tutor	

## Sección 6 › Otros seguros (coordinación de beneficios)

¿El empleado o cualquier dependiente tiene otro seguro?  Sí  No

## Sección 7 › Información sobre la renuncia de cobertura

Por favor, incluya los nombres de todos los miembros elegibles que NO se inscriban. Por favor, use un formulario adicional si es necesario.

Persona que renuncia	Motivo de la renuncia	Nombre del plan de salud	N.º de póliza	Nombre del grupo del empleador
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo del empleador <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro _____			
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo del empleador <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro _____			

**Aviso:** Si usted está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, podría, en el futuro, tener la posibilidad de inscribirse a usted o a sus dependientes en este plan, siempre que solicite su inscripción dentro de los 31 días posteriores al término de su otra cobertura.\* Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción, puede inscribirse usted mismo y a sus dependientes, siempre y cuando solicite su inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

\* Si la cobertura anterior estaba bajo Medicaid o un programa de seguro médico para niños (CHIP), debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que la cobertura termine.

## Sección 8 › Autorización (lea y firme a continuación)

Reconozco y entiendo que mi plan de salud podría solicitar o revelar información de salud sobre mí o mis dependientes (personas que estén listadas para recibir cobertura de beneficios en el formulario de inscripción) de vez en cuando con el propósito de facilitar el tratamiento de salud, pagos o con el propósito de operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención médica; o según lo requiera la ley.<sup>2</sup> La información de salud solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o los servicios realizados por un:

- Médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de la salud física o del comportamiento;
- Una clínica, hospital, atención a largo plazo u otra institución médica;
- Cualquier otra institución que preste atención, tratamiento, consulta, productos farmacéuticos o suministros o;
- Una compañía de seguros o un plan de salud de grupo.

La información de salud solicitada o divulgada puede incluir, pero no está limitada a: registros de reclamaciones, correspondencias, expedientes médicos, estados de facturación, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (incluidos registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no se aplica a la obtención de información sobre el VIH/SIDA, notas de psicoterapia, pruebas de consumo de alcohol/drogas y pruebas genéticas. Se utilizará una autorización independiente para información relacionada con estas condiciones de salud.

Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a un proveedor de servicios de salud con el propósito de defraudar a la compañía. Las penas incluyen prisión, multas y negación de cobertura de salud.

**Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Reconozco que mi formulario de inscripción se retrasará si no se completan todos los campos con un asterisco.**

Firma del empleado* X	Firma fecha*
--------------------------	--------------

\* La inscripción se retrasará si no se completan los campos con un asterisco.

<sup>1</sup> Por favor escriba solamente los hijos dependientes elegibles. Consulte la Sección 5 para calificaciones de hijos dependientes.

<sup>2</sup> Para obtener más información sobre tales usos y divulgaciones, incluidos los usos y divulgaciones requeridos por la ley, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puede obtener una copia llamando a la Oficina de Privacidad al 503-952-5033.

# Nondiscrimination notice

**We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, gender identity, sex or sexual orientation.**

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

---

## **If you need any of the above, call:**

**Medicare Customer Service,**  
877-299-9062 (TDD/TTY 711)

**Medicaid Customer Service,**  
888-788-9821 (TDD/TTY 711)

**Customer Service for all other plans,**  
888-217-2363 (TDD/TTY 711)

**If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint.**

**Please mail or fax it to:**

Moda Partners, Inc.  
Attention: Appeal Unit  
601 SW Second Ave.  
Portland, OR 97204  
Fax: 503-412-4003

**Dave Nesseler-Cass coordinates our nondiscrimination work:**

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

## **If you need help filing a complaint, please call Customer Service.**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights at [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), or by mail or phone:

U.S. Department of Health  
and Human Services  
200 Independence Ave. SW, Room 509F  
HHH Building, Washington, DC 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

You can get Office for Civil Rights complaint forms at [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): 1-877-605-3229 (711)

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

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 تماس بگیرد. (TTY: 711) 1-877-605-3229

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。

အကူအညီ: ဤတမ်း (အမျိုးအစားနှင့် အမျိုးအမည်) အလေး ဖွဲ့စည်း အမျိုးအမည် တစ်ခုခုကို မိနား မိနား မိနား မိနား ဖွဲ့စည်း ဖွဲ့စည်း ဖွဲ့စည်း ဖွဲ့စည်း 1-877-605-3229 (TTY: 711) ပါး နှင့် နှင့် နှင့်

ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. 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)