



Solicitud de inscripción y formulario de cambio de información

Plan médico y dental doble (5-99)

Sólo para uso de Moda Health

Número del grupo _____

Número del suscriptor _____

Para enviar su solicitud, favor de escribir con letra legible en tinta negra o azul y devolver según se explica. Favor de completar todas las secciones de esta solicitud. Si la solicitud está incompleta o se necesitara información adicional, su fecha de vigencia podría retrasarse.

Sección 1 > Tipo de solicitud

Usted necesitará un motivo especial para inscribirse por algunos cambios que se hagan fuera del periodo abierto de inscripción. La inscripción especial incluye la agregación de dependientes a un plan existente y la inscripción en el plan debido a la pérdida de otra cobertura. La razón por la que estoy solicitando la realización de un cambio es:

Inscripción abierta

Fecha del evento: _____ / _____ / _____

- Nueva póliza/suscriptor
- Añadir dependiente a un plan existente
- Sólo cambio de plan
- COBRA

Cambios

- Cambio de nombre
Nuevo nombre: _____
Anterior nombre: _____
- Nuevo domicilio
(favor de escribir el nuevo domicilio en la Sección.3)

Inscripción especial

Fecha del evento: _____ / _____ / _____

- Matrimonio
- Pareja de hecho registrada (RDP)
- Nacimiento, adopción o colocación en adopción
- Pérdida de cobertura debido a que cumplí 26 años
- Pérdida de cobertura debido a la finalización del matrimonio o la unión de hecho registrada (PHR)
- Pérdida involuntaria de cobertura colectiva
- Cancelación de COBRA debido a la finalización del beneficio
- Otro _____

Nombre del grupo	Número del grupo
Subgrupo	Clase

Sección 2 > Cobertura

- Cobertura médica
- Cobertura dental
 - Delta Dental
 - DirectOption (Willamette Dental)

Sección 3 > Información sobre el empleado

*Primer nombre	Inicial del segundo nombre	*Apellido	*Número del Seguro Social		
*Domicilio postal		*Ciudad	*Estado	*Código postal	
Teléfono particular	*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____	*Sexo <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 _____		Correo electrónico			

Sección 4 > Dependientes

Código de parentesco: SP = Cónyuge, DP = Pareja de hecho, RDP = Pareja de hecho registrada (DP y RDP sólo si son parte de su plan)

Agregar	Cancelar	Med	Den	*Nombre del dependiente	*Apellido	*Número del Seguro Social	*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	*Sexo	*Parentesco	Idioma principal (si es distinto del aquel del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> RDP	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hijo ¹	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hijo ¹	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hijo ¹	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hijo ¹ <input type="checkbox"/> Bajo tutela judicial	

* Se demorará la inscripción si los campos con un asterisco no se completan.

¹ Enumere solo los hijos dependientes con derecho a participar. Consulte la Sección 6 sobre los requisitos de participación para hijos dependientes.



ver al dorso >

Delta Dental of Oregon

Sección 5 > Otro seguro (coordinación de beneficios)

¿El empleado o alguno de los dependientes tendrán otro seguro? Sí No

Sección 6 > Dependiente(s) que no viva(n) con el empleado

¿Algún dependiente no vive con el empleado? En caso afirmativo, indique el estado y el código postal. Esto es sólo con fines informativos, y no tiene ningún impacto sobre el derecho de participación.

Nombre del dependiente	Estado	Código postal
Nombre del dependiente	Estado	Código postal
Nombre del dependiente	Estado	Código postal
Nombre del dependiente	Estado	Código postal

Los niños tienen derecho a inscribirse para obtener cobertura hasta la edad de 25 años. Favor de consultar su Manual de miembro para obtener información adicional sobre derecho de participación. Los siguientes son hijos dependientes con derecho a participar:

- > Su hijo o el hijo natural o adoptado de su cónyuge
- > Hijos que viven con usted en espera de la adopción
- > Los hijos recién nacidos de un dependiente cubierto, de quienes usted sea financieramente responsable.
(se necesita tutela legal para la cobertura después de los primeros 31 días)
- > Hijos con parentesco sanguíneo o por matrimonio de quienes usted sea el tutor legal
(Deberá anexar una orden judicial firmada que demuestre la tutela legal)
- > Hijo natural o adoptado de su pareja de hecho (si las parejas de hecho según declaración jurada pueden inscribirse en el plan de su empleador)
- > Hijo natural o adoptado de su pareja de hecho registrada

Sección 7 > Autorización (favor de leer y firmar a continuación)

Acepto y entiendo que mi plan de salud podría solicitar o divulgar ocasionalmente datos médicos sobre mí o mis dependientes (personas que figuran en el formulario de inscripción para la cobertura de beneficios) para fines de facilitar el tratamiento o el pago de la atención médica, o a los efectos de operaciones comerciales necesarias para administrar beneficios de atención médica, o según lo exija la ley.² Los datos médicos solicitados o divulgados pueden estar relacionados con el tratamiento o los servicios suministrados por:

- > un médico, dentista, farmacéutico u otro médico o profesional de la atención médica conductual;
- > una clínica, hospital, centro de atención a largo plazo u otro centro médico;
- > cualquier otra institución que ofrezca atención, tratamiento, consulta, productos farmacéuticos o suministros o;
- > una compañía de seguro o plan de salud colectivo.

Los datos médicos solicitados o divulgados pueden incluir, entre otros: registros de reclamaciones, correspondencia, registros médicos, estados de cuenta de facturación, informes de diagnósticos por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales u hospitalarios (inclusive registros de enfermería y notas del progreso). Esta aceptación no es parte de la obtención de información sobre VIH o sida, notas de psicoterapia, alcoholismo o drogadicción y pruebas genéticas. Se utilizará una autorización por separado en relación con estas afecciones médicas. Es un delito proporcionar intencionadamente información falsa, incompleta, o engañosa a una compañía de salud con el propósito de defraudar a la empresa. Las sanciones pueden incluir entre otras, la encarcelación, multas, y la negación de cobertura sanitaria.

Certifico que la información que figura en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que mi formulario de inscripción se demorará si todos los campos con asterisco no se completan en su totalidad.

*Firma del empleado X	*Fecha de la firma
--------------------------	--------------------

* Se demorará la inscripción si los campos con un asterisco no se completan.

² Para obtener más información sobre dichos usos y divulgaciones, inclusive los usos y divulgaciones exigidos por ley,

favor de consultar el "Aviso de prácticas de confidencialidad". Llame a la Oficina de confidencialidad al 503-243-4492 para obtener una copia.

¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese a su administrador de subsidios o visite la página modahealth.com

601 S.W. Second Ave., Portland OR 97204-3156