



Formulario de solicitud de inscripción y cambio de información

Synergy Plan y Dental; Delta Dental

Uso exclusivo de Delta Dental

Número de grupo _____

Número de suscriptor _____

Para agilizar su solicitud, favor de 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 está 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 especial

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 anterior: _____
- Dirección nueva
(por favor, escriba una dirección nueva en la Sección 3)

- Proveedor de atención médica en el hogar
(por favor, consulte la Sección 8)

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

- Synergy
- Cobertura dental
 - Delta Dental

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

Sección 3 > Información del empleado

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			

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



Delta Dental of Oregon & Alaska

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

Sección 5 › Dependientes

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

Agregar	Periodo	Med	Den	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"/>	<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"/>	<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"/> Tutor	

Sección 6 › Otros seguros (coordinación de beneficios)

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

Si el tamaño de su grupo es inferior a 20 empleados, se supondrá que Medicare es el pagador primario y nosotros coordinaremos los beneficios como el pagador secundario, incluso si usted no ha elegido la cobertura bajo Medicare. Cuando el tamaño de su grupo sea de 20 empleados o más, Medicare será considerado el pagador secundario.

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 termine la cobertura.

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

1 Por favor escriba solamente los hijos dependientes elegibles. Vea la Sección 5 para calificaciones de hijos dependientes.

Sección 8 > Selección de atención médica en el hogar

Para hacer cambios, indique la persona que solicita el cambio. *Por favor, use un formulario adicional si es necesario.*

Suscriptor

Nombre del suscriptor		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del proveedor de atención médica en el hogar			
Dirección del proveedor de atención médica en el hogar	Ciudad	Estado	Código postal

Dependiente(s)

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del proveedor de atención médica en el hogar			
Dirección del proveedor de atención médica en el hogar	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del proveedor de atención médica en el hogar			
Dirección del proveedor de atención médica en el hogar	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del proveedor de atención médica en el hogar			
Dirección del proveedor de atención médica en el hogar	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 9 > 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.² 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.

² 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 503-243-4492.

Aviso de no discriminación de Moda Health

Moda, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. No discriminamos por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Moda ofrece asistencia y servicios gratuitos y oportunos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros de manera efectiva. Estas acomodaciones incluyen intérpretes de lenguaje de signos e información escrita en otros formatos.

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

Si necesita alguno de los servicios mencionados anteriormente, comuníquese con:

Servicio al cliente 888-217-2363 (TDD/TTY 711)

Si cree que Moda no le ha proporcionado estos servicios o cree que ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito enviándola por correo o por fax a:

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

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Servicio de Atención al Cliente.

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

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).

Los formularios de queja de la Oficina de Derechos Civiles están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Los esfuerzos de Moda para asegurar la no discriminación están coordinados por:

Tom Bikales, VP Legal Affairs
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

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).

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)

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)

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)

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

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

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, nou ofri sèvis gratis pou ede w nan lang ou pale a. Rele nan 1-877-605-3229 (moun ki itilize sistèm TTY rele: 711)

ATTENTION: si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 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)

ATENÇÃO: Caso fale português, estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística. Telefone para 1-877-605-3229 (TERMINAL: 711)

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiamare il numero 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。

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

توجه: در صورتی که به فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما موجود است. با 1-877-605-3229 تماس بگیرید. (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)

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

ត្រូវចងចាំ៖ បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ បើ យីត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក ។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

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



Formulario de solicitud de inscripción y cambio de información

Synergy Plan y Dental; Delta Dental

Uso exclusivo de Delta Dental

Número de grupo _____

Número de suscriptor _____

Para agilizar su solicitud, favor de 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 está 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 especial

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 anterior: _____
- Dirección nueva
(por favor, escriba una dirección nueva en la Sección 3)

- Proveedor de atención médica en el hogar
(por favor, consulte la Sección 8)

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

- Synergy
- Cobertura dental
 - Delta Dental

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

Sección 3 > Información del empleado

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			

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



Delta Dental of Oregon & Alaska

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

Sección 5 › Dependientes

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

Agregar	Periodo	Med	Den	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"/>	<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"/>	<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"/> Tutor	

Sección 6 › Otros seguros (coordinación de beneficios)

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

Si el tamaño de su grupo es inferior a 20 empleados, se supondrá que Medicare es el pagador primario y nosotros coordinaremos los beneficios como el pagador secundario, incluso si usted no ha elegido la cobertura bajo Medicare. Cuando el tamaño de su grupo sea de 20 empleados o más, Medicare será considerado el pagador secundario.

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 termine la cobertura.

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

1 Por favor escriba solamente los hijos dependientes elegibles. Vea la Sección 5 para calificaciones de hijos dependientes.

Sección 8 > Selección de atención médica en el hogar

Para hacer cambios, indique la persona que solicita el cambio. *Por favor, use un formulario adicional si es necesario.*

Suscriptor

Nombre del suscriptor		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del proveedor de atención médica en el hogar			
Dirección del proveedor de atención médica en el hogar	Ciudad	Estado	Código postal

Dependiente(s)

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del proveedor de atención médica en el hogar			
Dirección del proveedor de atención médica en el hogar	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del proveedor de atención médica en el hogar			
Dirección del proveedor de atención médica en el hogar	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del proveedor de atención médica en el hogar			
Dirección del proveedor de atención médica en el hogar	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 9 > 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.² 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*	Firma fecha*
X	

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

² 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 503-243-4492.

Aviso de no discriminación de Moda Health

Moda, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. No discriminamos por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Moda ofrece asistencia y servicios gratuitos y oportunos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros de manera efectiva. Estas acomodaciones incluyen intérpretes de lenguaje de signos e información escrita en otros formatos.

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

Si necesita alguno de los servicios mencionados anteriormente, comuníquese con:

Servicio al cliente 888-217-2363 (TDD/TTY 711)

Si cree que Moda no le ha proporcionado estos servicios o cree que ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito enviándola por correo o por fax a:

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

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Servicio de Atención al Cliente.

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

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).

Los formularios de queja de la Oficina de Derechos Civiles están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Los esfuerzos de Moda para asegurar la no discriminación están coordinados por:

Tom Bikales, VP Legal Affairs
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

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).

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)

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)

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)

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

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

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, nou ofri sèvis gratis pou ede w nan lang ou pale a. Rele nan 1-877-605-3229 (moun ki itilize sistèm TTY rele: 711)

ATTENTION: si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 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)

ATENÇÃO: Caso fale português, estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística. Telefone para 1-877-605-3229 (TERMINAL: 711)

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiamare il numero 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。

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

توجه: در صورتی که به فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما موجود است. با 1-877-605-3229 تماس بگیرید. (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)

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

ត្រូវចងចាំ៖ បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ បើ យីត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

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