

Formulario de solicitud de inscripción y cambio de información

Synergy Plan y Dual Dental - PCP

Para uso exclusivo de Moda

Nº. de grupo _____

Nº. de suscriptor _____

Para agilizar su solicitud, escriba con letra de molde legible en tinta blanca o azul, y envíe la solicitud de vuelta, según lo indicado. Por favor, llene todas las secciones de esta solicitud. Si la solicitud está incompleta o se solicita más información, es posible que su fecha de entrada en vigencia se retrase.

Sección 1 > Tipo de solicitud

Necesitará un suceso especial de inscripción para cambios realizados fuera del periodo de inscripción abierta. La inscripción especial incluye agregar dependientes a un plan ya existente e inscribirlos en el plan debido a la pérdida de otra cobertura. 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 (ver Sección 7)

Otros cambios

- Cambio de nombre
Nombre nuevo: _____
Nombre antiguo: _____
- Dirección nueva
(por favor, escriba una nueva dirección en la Sección 3)
- PCP (por favor, consulte la Sección 8)

Inscripción especial

Fecha del evento: _____ / _____ / _____

- Matrimonio
- Registro de pareja de hecho (RDP)
- Nacimiento, adopción o dados en adopción
- Pérdida de cobertura por cumplir 26 años
- Pérdida de cobertura debido al fin del matrimonio o de la pareja de hecho registrada (RDP)
- Pérdida involuntaria de cobertura de grupo
- COBRA/continuación terminada debido al agotamiento de los beneficios
- Otros _____

Sección 2 > Cobertura

- Synergy - PCP
- Cobertura dental
 - Delta Dental
 - Direct Option (Willamette Dental network)

Nombre del grupo	Subgrupo	Nº. de grupo	Clase
------------------	----------	--------------	-------

Sección 3 > Información del empleado

Nombre*	Inicial del segundo nombre	Apellido*	Nº. de Seguro Social*		
Dirección de correspondencia*		Ciudad*	Estado*	Código postal*	
Teléfono de casa	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo*	Fecha de contratación (dd/mm/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 llenan los campos con un asterisco.



Delta Dental of Oregon & Alaska

Sección 4 > Información sobre la elegibilidad de los hijos dependientes

Los hijos son elegibles 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, adoptado o el de su cónyuge
- Niños puestos 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)
- Hijos consanguíneos o por matrimonio de los cuales 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: **SP** = cónyuge, **DP** = pareja de hecho, **RDP** = pareja de hecho registrada (*DP y RDP solamente si es pertinente a su plan*). Por favor, utilice un formulario extra en caso de que sea necesario.

Agregar	Periodo	Médico	Dental	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Nº. de Seguro Social*	Fecha de nacimiento* (dd/mm/aaaa)	Sexo*	Parentesco*	Idioma principal (si es diferente al 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	<input type="checkbox"/> Hijo ¹ <input type="checkbox"/> Tutela	

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 exoneración de la cobertura

Por favor, incluya los nombres de todos los miembros con derecho de participación que NO se inscribirán. Por favor, utilice un formulario extra si es necesario.

Persona exonerada	Razón de la exoneración	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, en el futuro podrá inscribirse usted o sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 30 días después de que termine su 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 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si la cobertura anterior era de Medicaid o de un programa de seguro médico para niños (CHIP, por sus siglas en inglés), usted debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura.

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

1 Por favor, enliste únicamente a los hijos dependientes elegibles. Consulte la Sección 4 para ver calificaciones de hijos dependientes.

Sección 8 ▶ Selección del Proveedor de Salud Primario (PCP, por sus siglas en inglés)

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

Suscriptor

Nombre del suscriptor		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Nombre del PCP			
Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código postal

Dependiente(s)

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Nombre del PCP			
Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Nombre del PCP			
Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Nombre del PCP			
Dirección del PCP	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 están listadas para recibir cobertura de beneficios en el formulario de inscripción) de vez en cuando con el propósito de facilitar tratamiento de cuidado médico, pagos o por motivos de operaciones de negocios necesarias para administrar los beneficios de atención médica; o como 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 se limita a: registros de reclamaciones, correspondencia, registros médicos, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (incluyendo registros de enfermería y anotaciones de progreso). Este aviso 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 la 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 estafar 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	Fecha de la firma*
--------------------------	--------------------

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

² Para obtener más información sobre tales usos y divulgaciones, incluyendo los usos y divulgaciones requeridos por la ley, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad. Tendrá una copia disponible si llama a la Oficina de Privacidad al 855-425-4192.

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 Customer Service at:

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

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, 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.

Dave Nessler-Cass coordinates our nondiscrimination work:

Dave Nessler-Cass,
Chief Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204

855-232-9111
compliance@modahealth.com

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno que están disponibles 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 serbisyonang 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 مجاناً. اتصل برقم الهاتف (النصي: 711) 1-877-605-3229

URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو سب سے زیادہ مفت اور 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 1-877-605-3229 (TTY: 711) 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。

अवलोकन: जो तम (भाषांतर करे ल भाषा अर्थ एसावो) बोले छे तो ते भाषामें तमारे माटे बिना मुझे सहाय उपलब्ध छे. 1-877-605-3229 (TTY: 711) पर कॉल करे

ໂປດຊາບ: 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 ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយ ផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

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

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

FA'AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoo fesoasoani tau gagana mo oe e le togotia. 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. Zadzwonić: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)