

Formulario de solicitud de inscripción y cambio de información

Synergy Plan y Dental; Delta Dental

Para uso exclusivo de Moda

Nº. de grupo _____

Nº. de suscriptor _____

Para agilizar su solicitud, por favor, escriba con letra de molde en tinta negra o azul, y devuélvanoslo según las instrucciones. Complete todas las secciones de esta solicitud. Si la solicitud está incompleta o si se necesita más información, es posible que su fecha de entrada en vigencia se retrase.

Sección 1 > Tipo de solicitud

Necesitará un motivo de inscripción especial para realizar algunos cambios fuera del período de inscripción abierta. La Inscripción especial incluye añadir a dependientes a un plan ya existente e inscribirse en el plan debido a la pérdida de otra cobertura. 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
(ver la Sección 7)

Otros cambios

- Cambio de nombre
 - Nuevo nombre: _____
 - Nombre antiguo: _____
- Dirección nueva
(por favor, escriba su 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, por sus siglas en inglés)
- Nacimiento, adopción o colocación para adopción.
- Pérdida de cobertura porque cumplió 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

Nombre del grupo	Subgrupo	N.º de grupo	Clase
------------------	----------	--------------	-------

Sección 3 > Información del empleado

Primer nombre*	Inicial del segundo nombre	Apellido*	N.º de Seguro Social*		
Dirección*		Ciudad*		Estado*	Código postal*
Teléfono de casa	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Sexo*	Fecha de contratación (dd/mm/aaaa)*		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dirección de correo electrónico		



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

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 o adoptado o el de su cónyuge
- Niños colocados con usted para su adopción.
- Recién nacidos de un dependiente cubierto, de quien usted sea financieramente responsable (se requiere tutela legal para la cobertura después de los primeros 31 días)
- Hijos consanguíneos o por matrimonio de los cuales usted sea 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* (mm/dd/aaaa)	Sexo*	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"/> 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	

Sección 6 > Otros seguros (coordinación de beneficios)

¿Tiene el empleado o cualquier dependiente 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 elegibles 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 o a sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 30 días después de que termine su cobertura. Ademas, 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.

¹Por favor escriba solamente los hijos dependientes con derecho de participación. Vea la Sección 4 para las calificaciones de hijos dependientes.

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

Para hacer cambios, indique únicamente 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 PCP	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Nombre del PCP			
Dirección PCP	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Nombre del PCP			
Dirección PCP	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 9 > Autorización (por favor, 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 mi tratamiento, pagos o por motivos de operaciones de negocios necesarias para gestionar los beneficios de atención médica; o según lo requiera la ley.² La información de salud puede ser solicitada o divulgada por motivos del 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 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.

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

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

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

²Para 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.

¿Preguntas? Comuníquese con su administrador de beneficios o visite modahealth.com
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204-3156

