

Formulario de solicitud de inscripción y modificación de datos

Delta Dental



Delta Dental of Oregon & Alaska

Para uso exclusivo de Delta Dental

Número de grupo _____ Número del subscriptor _____

Para agilizar la solicitud, use tinta negra o azul, escriba en letra legible y siga las instrucciones para el envío. Complete todas las secciones de esta solicitud. *Si la solicitud está incompleta o se requiere información adicional, se puede postergar la fecha de entrada en vigor.*

Sección 1 > Tipo de solicitud

Podrá inscribirse o realizar cambios fuera del período de inscripción abierta si existen razones especiales (por ejemplo, agregar dependientes o cambiar de planes). Si se inscribe o realiza cambios debido a una circunstancia especial que autoriza la inscripción, indique abajo cuál es el evento de vida y presente la documentación correspondiente. Solicito la inscripción o los cambios por el siguiente motivo:

Inscripción abierta

Fecha del evento: _____

- Póliza o subscriptor nuevos.
- Agregar dependiente en un plan existente.
- Cambiar de plan únicamente.
- Eximir de la cobertura.*

Modificaciones (*estos cambios se pueden realizar fuera del período de inscripción abierta*)

- Cambio de nombre.
Nuevo nombre: _____
Nombre anterior: _____
- Nueva dirección.
(Escriba la nueva dirección en la sección 3).

Inscripción especial

Fecha del evento: _____

- Matrimonio.
- Inscripción de pareja doméstica registrada.
- Nacimiento, adopción o colocación en adopción.
- Pérdida de la cobertura por alcanzar la edad límite (cumplí 26 años).
- Pérdida de la cobertura por disolución del matrimonio o la unión de hecho con una pareja doméstica registrada.
- Pérdida involuntaria de una cobertura de grupo.
- Finalización de la cobertura de COBRA o de continuación porque se agotaron los beneficios.
- Otro _____.

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

Sección 2 > Cobertura

- Cobertura dental

Sección 3 > Datos del empleado

Nombre*	Inicial del segundo nombre	Apellido*	Número de Seguro Social*		
Dirección de correo postal*			Ciudad*	Estado*	Código postal*
Número de teléfono fijo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)*			
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			Dirección de correo electrónico		
Los siguientes campos son opcionales. Nos comprometemos a entender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Recopilamos esta información para que nuestro personal pueda referirse a usted y comunicarse con usted de la manera más apropiada y respetuosa.					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefero no responder		Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> No definido/no especificado			

* Habrá demoras en la inscripción si no se completan los campos marcados con asterisco.

Planes dentales en Oregon brindados por Oregon Dental Service, que opera bajo el nombre comercial Delta Dental Plan of Oregon. Planes dentales en Alaska brindados por Delta Dental of Alaska. Delta Dental es una marca registrada de Delta Dental Plans Association.

REV2-1691 (10/21) MA-AK11

Sección 4 > Información relativa a la elegibilidad de los hijos dependientes

Los hijos pueden inscribirse en la cobertura hasta los 25 años de edad. Para obtener información adicional sobre los requisitos de elegibilidad, consulte el Manual para miembros. Los hijos dependientes elegibles son los siguientes:

- Sus hijos naturales o adoptados o los de su cónyuge.
- Niños que viven con usted en espera de la adopción.
- Recién nacidos hijos de un dependiente cubierto que dependa económicamente de usted (después de los primeros 31 días, deberá tener una tutela legal para la cobertura).
- Niños bajo su tutela legal con parentesco por consanguinidad o matrimonio (deberá adjuntar una orden judicial firmada como constancia).
- Hijos naturales o adoptados de su pareja doméstica (si el plan de su empleador autoriza la inscripción de parejas domésticas mediante una declaración jurada).
- Hijos naturales o adoptados de su pareja doméstica registrada.

Sección 5 > Dependientes

Abreviaturas de las relaciones familiares: **CG** = cónyuge, **PD** = pareja doméstica, **PDR** = pareja doméstica registrada (*PD y PDR solo si se aplican a su plan*)

Use un formulario adicional si es necesario.

Agregar	Quitar	Méd. Dent.	Relación*	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	Idioma principal (si no es el mismo del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> CG <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> PDR					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> No definido/no especificado					

Agregar	Quitar	Méd. Dent.	Relación*	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	Idioma principal (si no es el mismo del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
			Hijo ¹					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> No definido/no especificado					

Agregar	Quitar	Méd. Dent.	Relación*	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	Idioma principal (si no es el mismo del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
			Hijo ¹					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> No definido/no especificado					

Agregar	Quitar	Méd. Dent.	Relación*	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	Idioma principal (si no es el mismo del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> Hijo ¹ <input type="checkbox"/> Tutor					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> No definido/no especificado					

Sección 6 > Otro seguro (coordinación de beneficios)

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

Si el grupo al que usted pertenece tiene menos de 20 empleados, se considera que Medicare es el pagador primario, y coordinaremos los beneficios como pagador secundario, incluso si usted no eligió una cobertura de Medicare. Cuando el grupo al que usted pertenece tiene 20 empleados o más, se considera que Medicare es el pagador secundario.

* Habrá demoras en la inscripción si no se completan los campos marcados con asterisco.

Sección 7 > Autorización (firme abajo después de leer)

Reconozco y entiendo que, en algunas ocasiones, el plan de salud puede solicitar o divulgar mi información de salud o la de mis dependientes (personas que figuran en el formulario de inscripción como beneficiarios de la cobertura) a los fines de facilitar un tratamiento de atención de salud, realizar pagos o llevar adelante las operaciones comerciales necesarias para gestionar los beneficios médicos; o cuando lo exija la ley.² La información de salud que se solicite o divulgue puede estar relacionada con tratamientos o servicios prestados por alguno de los siguientes:

- Médicos, dentistas, farmacéuticos u otros profesionales de atención de la salud física o del comportamiento.
- Clínicas, hospitales, centros de atención a largo plazo u otro establecimiento médico.
- Cualquier otra institución que brinde atención, tratamientos, consultas, productos farmacéuticos o suministros.
- Una compañía de seguros o un plan de salud de grupo.

En la información de salud que se solicite o divulgue se pueden incluir, entre otros, los siguientes: registros de reclamos, correspondencia, historias clínicas, resúmenes de cuenta, informes de diagnósticos por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (incluidos los registros de enfermería y las notas de progreso). Este reconocimiento no autoriza a obtener información relacionada con el VIH o sida, las notas de psicoterapia, el alcohol o las drogas ni las pruebas genéticas. Para obtener información relacionada con estas afecciones de salud, se utilizará una autorización específica. Brindar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de cometer fraude a la compañía es un delito. Las sanciones incluyen la prisión, multas y la denegación de la cobertura de salud.

Certifico que la información en este formulario está completa y es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que habrá demoras en la inscripción si no están completos todos los campos marcados con asterisco en el formulario.

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

*Habrá demoras en la inscripción si no se completan los campos marcados con asterisco.

1 Incluya únicamente a los hijos dependientes elegibles. Consulte la sección 5 para conocer los requisitos de los hijos dependientes.

2 Para conocer más sobre el uso y la divulgación de esta información, incluidos los que exige la ley, consulte el Aviso de prácticas de privacidad. Para solicitar una copia, llame a la Oficina de Privacidad al 503-952-5033.

Nondiscrimination notice

We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, religion, 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:

888-217-2365 (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:

Delta Dental of Oregon and Alaska
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.

Scott White coordinates our nondiscrimination work:

Scott White,
Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

DeltaDentalAK.com | DeltaDentalOR.com

