

2024 | Solicitud para el plan dental individual

para individuos y familias de Oregón

Su solicitud se puede revisar más rápidamente si la presenta en línea.

Para la mayoría de las inscripciones, debemos recibir su solicitud completa antes del 15 del mes anterior a la fecha en la que quiere que comience la cobertura.

Lo que necesita para completar este formulario de inscripción:

- > Una copia de cualquier documentación necesaria para demostrar la tutela legal, si corresponde.
- > La información de su agente de seguros (si un agente lo ayudó).
- > El pago de su prima del primer mes (necesario antes de la fecha de entrada en vigor de su póliza).

Usted puede inscribirse si:

- > Tiene una dirección residencial permanente en Oregón.
- > Vive en Oregón 6 meses al año, como mínimo.
- > Tuvo una cobertura dental individual de Delta Dental que finalizó durante los últimos 12 meses, ha ocurrido un evento que justifica la inscripción especial o ha tenido una cobertura dental de grupo continua desde que dejó Delta Dental.

Confirmo que cumplo con estas condiciones.

Sección 1: ¿Por qué quiero inscribirme?

- Póliza o suscriptor nuevos
- Cambio mi cobertura actual
Nombre del suscriptor actual _____
N.º de identificación del suscriptor actual _____
- Incorporación de dependiente a un plan existente
- Cambio de plan únicamente

Si no se inscribe durante la inscripción abierta, debe haber ocurrido un evento que justifique tener una inscripción especial para realizar cambios o inscribirse en una nueva póliza.

Fecha del evento: ____ / ____ / ____.

Debemos recibir su solicitud no más de 60 días después de la fecha del evento que justifica una inscripción especial.

Marque su evento en la tabla a continuación.

Eventos

- Se convierte en dependiente o agrega uno debido a estas opciones:
 - matrimonio o unión de hecho con una pareja doméstica registrada (PDR);
 - nacimiento, adopción o colocación en adopción;
 - colocación de un hijo de crianza
- Pérdida de la cobertura por cumplir 26 años
- Pérdida de la cobertura por disolución del matrimonio o de la PDR
- Pérdida de elegibilidad para una cobertura de grupo
- Finalización de la cobertura conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) debido al término de la cobertura, de las contribuciones del empleador o de un subsidio gubernamental
- Pérdida de la cobertura del Plan de Salud de Oregón (OHP)
- Otro _____

Sección 2: Elija un plan

IMPORTANTE: No hay cobertura fuera de la red para los planes EPO.

Si elije un plan EPO, debe consultar a proveedores dentro de la red para que los servicios tengan cobertura.

Quiero que mi cobertura comience el: ____ / ____ / _____

Elijo este plan dental:

- Delta Dental PPO¹
- Delta Dental EPO¹
- Delta Dental PPO MAC¹
- Delta Dental Premier 1000²
- Delta Dental PPO Bright Smiles¹

¹ Incluye cobertura dental pediátrica que cumple con los requisitos de la Ley de Cuidados Asequibles.

² Plan no certificado. No cumple con el requisito de cobertura dental pediátrica según la Ley de Cuidados Asequibles.

Si cambia de un plan individual de Delta Dental a otro debido a un evento que justifica una inscripción especial, cualquier monto aplicado al límite de pago máximo anual del plan se transferirá a su nuevo plan.

Inscripción

Enumere todos los miembros de la familia para los que desea cobertura (secciones 3 a 5).

Sólo su cónyuge legal, pareja doméstica y los hijos menores de 26 años pueden inscribirse.

Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Solicitamos información sobre identidad de género y raza o etnia para poder referirnos a usted y comunicarnos con usted de manera adecuada y respetuosa. Esta información es opcional. Utilice estos códigos para completar la información de cada miembro:

* Identidad de género: **M**: masculino, **F**: femenino, **T**: transgénero, **C**: cisgénero, **GN**: género no conforme, **NB**: no binario, **TG**: tercer género, **Q**: en cuestionamiento, **O**: otra, **P**: prefiere no responder.

** Raza o etnia: **AI**: indígena americano o nativo de Alaska, **A**: asiático, **B**: afroamericano o negro, **C**: caucásico, **H**: hispano o latino, **PI**: nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico, **O**: otra _____.

De ser necesario, adjunte páginas adicionales para incluir a más de 3 niños. He adjuntado ____ páginas.

Sección 3: Información del suscriptor

En esta sección, se debe incluir la información del suscriptor.

¿Esta solicitud es para una póliza exclusiva para hijos?

No. Sí. En este caso, designe al hijo más pequeño como suscriptor.

Los hijos de 26 años o más deben tener su propia póliza.

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*)

Número de Seguro Social

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico:

Dirección de correo postal (*si es diferente*)

Ciudad

Estado

Código postal

Género

Identidad de género*

Raza o etnia**

Idioma principal

M F

Sección 4: Información de dependientes: Cónyuge o pareja doméstica registrada

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*)

Número de Seguro Social

Género

Identidad de género*

Raza o etnia**

Idioma principal

M F

Sección 5: Información de dependientes: Hijos elegibles

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*)

Número de Seguro Social

Género

Identidad de género*

Raza o etnia**

Idioma principal

M F

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*)

Número de Seguro Social

Género

Identidad de género*

Raza o etnia**

Idioma principal

M F

Nombre (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)			
Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)		Número de Seguro Social	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Sección 6: Otro seguro

¿Contará con otro seguro médico o dental? Sí Sin otra cobertura

Sección 7: Crédito para el período de exclusión de beneficios (para coberturas dentales nuevas)

Para solicitantes a partir de los 19 años de edad:

¿Ha tenido cobertura dental los últimos 12 meses, con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de esta nueva póliza?

No Sí (Si Delta Dental Plan of Oregon ofreció dicha cobertura, se lo eximirá automáticamente del período de exclusión de su cobertura dental. Si otra compañía de seguros brindó la cobertura, podemos acreditar su cobertura anterior para el período de exclusión de beneficios. Adjunte una carta de su anterior compañía de seguros o empleador en la que se indiquen las fechas de inicio y finalización de su cobertura dental previa).

Sección 8: Facturación y método de pago

Si elige la transferencia electrónica de fondos (EFT) o eBill, la factura de la prima será electrónica y estará disponible en la sección eBill del Panel para miembros. De lo contrario, recibirá facturas en papel por correo postal. Puede cambiar sus preferencias de facturación en la sección eBill del Panel para miembros.

Elija su opción de pago:

- Pago automático mediante el Panel para miembros.
- EFT (consulte el acuerdo de autorización a continuación).
- Cheque personal, giro bancario o cheque de caja.

Para autorizar las deducciones automáticas mensuales de las primas desde su cuenta bancaria (EFT), firme más abajo y elija una de estas opciones:

- > Adjuntar una fotocopia de un cheque personal anulado de la cuenta.
- > Indicar los números de cuenta y ruta bancaria a continuación.

Nombre del banco	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro
Número de ruta bancaria	Número de cuenta

Autorizo a Moda Health o Delta Dental a cobrar de mi cuenta las primas mensuales de los individuos mencionados anteriormente. También autorizo a mi banco, indicado en este formulario, a que apruebe estos cargos mensuales. Esta autorización seguirá en vigor hasta que otorgue a mi banco la oportunidad de tomar alguna otra medida. Para suspender los pagos, debo notificar a mi banco antes de que se cobren de mi cuenta.

Firma del titular de la cuenta X	Fecha de la firma
Nombre del titular de la cuenta (en letra de imprenta)	

Las EFT se inician alrededor del día 5 del mes y suelen demorar uno o dos días en registrarse en su cuenta. Es posible que el primer pago se haga en una fecha posterior si la inscripción se procesa después del día 5 del mes.

Dirección de facturación (si es diferente de la dirección postal):		
Ciudad	Estado	Código postal

Sección 9: Condiciones básicas de la inscripción

Entiendo y acepto lo siguiente:

- > Esta solicitud no constituye una oferta de cobertura. La cobertura no comenzará hasta que Delta Dental reciba esta solicitud, la revise y asigne una fecha de entrada en vigor.
- > Esta solicitud formará parte de mi póliza.
- > Tengo derecho a analizar y devolver la póliza en un plazo de 10 días después de haberla recibido.
- > Estos son los requisitos para que la cobertura sea aceptada:
 - A) El suscriptor debe ser residente de Oregón para solicitar y mantener la cobertura de un plan de Delta Dental. El término “residente” se refiere a una persona que vive en el área de servicio del plan y que tiene las intenciones de hacerlo de forma permanente o por tiempo indefinido. Es posible que Delta Dental exija prueba de residencia, que incluye, entre otros, la dirección postal (no un apartado postal).
 - B) No puedo tener cobertura de más de un plan dental individual de Delta Dental en ningún momento.
- > Si elijo un plan de Delta Dental que no incluya beneficios dentales pediátricos, certifico que yo y mis dependientes en la solicitud hemos obtenido u obtendremos un plan dental pediátrico certificado por el Mercado de Seguros Médicos.
- > Comprendo que puedo recibir beneficios inferiores al monto facturado por mi proveedor cuando realice un tratamiento con un proveedor no contratado.
- > No hay beneficios disponibles en el plan de Delta Dental para los servicios o suministros, incluidos los asociados a una internación, que se hayan recibido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- > Los cambios en las leyes o normas estatales o federales pueden modificar los beneficios o tarifas del plan que elegí. Los cambios entrarán en vigor el 1.º de enero.
- > Independientemente de la fecha de mi inscripción, la prima del plan se renovará el 1.º de enero.
- > He leído la declaración de privacidad de Delta Dental que está disponible en deltadentalor.com.

Sección 10: Certificado de finalización y exactitud

Asegúrese de firmar y colocar la fecha a continuación. Su cónyuge, su pareja doméstica registrada y sus hijos mayores de 18 años también deben firmar la solicitud.

Confirmando que las respuestas de esta solicitud están completas y son correctas según mi leal saber y entender. Comprendo que, si esta solicitud contiene cualquier tergiversación intencional de hechos materiales, Delta Dental puede negarme la cobertura, modificar o cancelar el contrato, o bien tomar otras acciones legales. Informaré a Delta Dental de forma oportuna y por escrito cualquier cambio que ocurra antes de que la cobertura entre en vigor y que haga que la información en la solicitud quede incompleta o sea incorrecta. En caso de aprobarse, la cobertura comenzará a regir a partir de la fecha de entrada en vigor que determine Delta Dental. Delta Dental puede comunicarse conmigo para que le aclare ciertas respuestas de esta solicitud. Como solicitante, comprendo que tengo derecho a inspeccionar la información en mi archivo.

He (hemos) leído y comprendido esta solicitud, las condiciones y las declaraciones de certificación y privacidad.

Solicitante (suscriptor) o padre, madre o tutor (para pólizas exclusivas para niños): _____

Nombre en letra de imprenta del padre o madre tutor¹ solicitante _____

Firma X	Fecha
Si se inscriben: Firma de cónyuge o pareja doméstica X	Fecha
Firma de hijos mayores de 18 años X	Fecha
Firma de hijos mayores de 18 años X	Fecha

¹ Si no es el padre ni la madre del suscriptor, pero es el representante legal o su apoderado, adjunte la documentación legal.

Al brindar mi información de contacto, otorgo consentimiento para recibir comunicaciones de Moda Health Plan, Inc, Delta Dental Plan of Oregon, y sus filiales y socios comerciales respecto de los beneficios, los pagos y los tratamientos del plan de salud.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico pueden ser inseguras. Aunque no es usual, existe la posibilidad de que otra parte, que no sea el destinatario, obtenga la información incluida en un correo electrónico. Le recomendamos que no incluya información de identificación personal, como su fecha de nacimiento, ni información médica personal en ninguno de los correos electrónicos que nos envíe. No es necesario que incluya su dirección de correo electrónico o número de teléfono para adquirir bienes o servicios.

Sección 11: Agente (solo el agente debe completarla)

Yo (el agente) he explicado las disposiciones de elegibilidad al solicitante. No he hecho ninguna declaración con respecto a los beneficios, las condiciones o las limitaciones de la póliza, excepto a través del material escrito proporcionado por Delta Dental. Le he informado al solicitante que solo Delta Dental asigna la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Para actuar como agente, Delta Dental of Oregon debe haberlo designado activamente como tal.

Nombre del agente	Nombre de la agencia	NPN (N.º nacional del productor de seguros)
Teléfono	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal

Certifico que la información que el suscriptor me ha proporcionado se ha registrado con precisión y veracidad.

Firma del agente (obligatoria) X	Fecha
-------------------------------------	-------

Nota para el agente: No es necesario que el pago se incluya en la solicitud, pero sí se requiere el primer pago para poder activar la cobertura.

¿Está listo para enviar el formulario?

- > ¿Ha completado toda la solicitud y la ha firmado?
- > ¿Ha adjuntado la documentación requerida (tutela, etc.)?
- > ¿Ha incluido el pago de la prima del primer mes? No es necesario incluir el pago con la solicitud, pero sí se requiere el primer pago para poder activar la cobertura.

Envíenos su solicitud completa y firmada y sus archivos adjuntos:

- > Correo electrónico: Escanear y enviar a individualapp@DeltaDentalOR.com.
- > Fax: 503-219-3696
- > Correo postal: Delta Dental, Membership Accounting,
601 S.W. Second Ave.,
Portland, OR 97204-3156

Documentación electrónica

¿Es nuevo en Delta Dental Plan of Oregon? Tras aprobarse su solicitud, recibirá una carta de bienvenida con su número de identificación de miembro. Utilice este número para configurar su cuenta en el "Member Dashboard" (Panel para miembros), de deltadentalor.com. Cuando inicie sesión en su Panel para miembros podrá:

- > Consultar el *Manual para miembros*.
- > Ver cómo se pagaron sus reclamaciones al optar por recibir la *Explicación de Beneficios (EOB)* de forma electrónica.
- > Olvídense del papel: recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté lista.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con Moda Health y Delta Dental al 855-718-1767.

modahealth.com | deltadentalor.com

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

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:

888-217-2363 (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.

Scott White coordinates our nondiscrimination work:

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

modahealth.com

Dental plans in Oregon provided by Oregon Dental Service, dba Delta Dental Plan of Oregon. Dental plans in Alaska provided by Delta Dental of Alaska. Delta Dental is a trademark of Delta Dental Plans Association. Health plans provided by Moda Health Plan, Inc.



