



# CareAssist Solicitud del plan dental individual

Personas y familias de Oregón

Sólo para uso de Moda Health

Número del grupo \_\_\_\_\_

Favor de completar todas las secciones de esta solicitud. Si la solicitud está incompleta o se necesitara información adicional, su fecha de vigencia podría retrasarse. Las solicitudes que sean ilegibles o incompletas serán enviadas de regreso. Debemos recibir su solicitud completa antes de la fecha de vigencia solicitada.

## Sección 1 > Elegibilidad y residencia

Para tener derecho a solicitar uno de nuestros planes dentales individuales de Oregón, usted debe ser un residente de Oregón y residir en nuestra área de servicio por seis meses del año. Los miembros no son elegibles si finalizaron su cobertura dental individual de Moda en los últimos 2 años, a menos que tuvieran una cobertura dental colectiva continua desde la finalización.

Confirmando que cumplo los requisitos de elegibilidad y residencia.

## Sección 2 > Selección de plan

Delta Dental PPO  
\$0 de deducible

## Sección 3 > Tipo de solicitud

Nueva póliza dental

## Sección 4 > Información del suscriptor

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	N.º del Seguro Social.	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Raza <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra (favor de especificar) _____	Preferencia de idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) _____		
Domicilio de residencia	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Teléfono principal	Teléfono secundario	

## Sección 5 > Crédito para el periodo de espera de subsidios (para nueva cobertura dental)

Para solicitantes y dependientes mayores de 19 años:

¿Ha tenido 12 meses de seguro dental anteriormente sin más de 90 días de interrupción de cobertura?

No  Sí. En caso afirmativo, favor de proporcionar la siguiente información:

Nombre de las personas inscritas en el plan dental anterior		
Nombre de la compañía	Identificación del suscriptor de la compañía	Número de teléfono de la compañía
Inicio (mm/dd/aaaa)	Fin (mm/dd/aaaa)	

## Sección 6 > Términos básicos de inscripción

- > Entiendo y estoy de acuerdo en que esta solicitud no es una oferta de cobertura, y que la cobertura no comienza hasta que la solicitud sea recibida y revisada por Moda Health, y una fecha de vigencia de cobertura sea asignada.
- > Entiendo y estoy de acuerdo en que esta solicitud forma parte de mi plan.
- > Entiendo que no hay ningún subsidio disponible según este plan para servicios o suministros que fueran recibidos antes de la fecha de vigencia de la cobertura.
- > Entiendo que la aceptación de la cobertura depende de que: Las personas enlistadas en esta solicitud deberán ser residentes del estado de Oregón para solicitar y mantener la cobertura ofrecida según este plan.
- > "Residente" hace referencia a una persona que vive en el estado de Oregón y pretende vivir en el estado de manera permanente o indefinida. Moda Health podría requerir una prueba de residencia de vez en cuando. Tal prueba deberá incluir, entre otros detalles, la dirección de la calle de la residencia de la persona, y no un apartado de correos.
- > Entiendo que podría recibir subsidios que fueran inferiores al monto facturado por mi proveedor cuando el tratamiento no sea recibido de un proveedor contratado.
- > Tengo derecho a examinar y enviar de regreso la póliza dentro de los 10 días posteriores a su recepción.
- > Algunos cambios potenciales debidos a mandatos estatales o federales, con vigencia desde enero, podrían alterar los subsidios o los costos de mi plan actual.
- > Independientemente de mi fecha de inscripción, los costos de mi plan se renovarán en enero. 1.

## Sección 7 > Certificado de información completa y correcta

Asegúrese de firmar y fechar la solicitud dentro de esta sección. Es obligatorio que un cónyuge/pareja de hecho o cualquier dependiente mayor de 18 años firme la solicitud.

Confirmando que las respuestas dadas en esta solicitud son completas y correctas según mi leal saber y entender. He dado estas respuestas como parte del proceso de solicitud exigido por Moda Health para inscribirse en su seguro de cobertura de salud. Entiendo que si esta solicitud contiene cualquier tergiversación intencionada de hechos materiales, Moda Health podría denegar la cobertura, modificar o cancelar el contrato, rescindir el contrato, o tomar otras acciones legales. Le informaré rápidamente a Moda Health, por escrito, si algo pasara antes de que mi cobertura entrara en vigencia, que cause que esta solicitud esté incompleta o incorrecta. Comprendo y estoy de acuerdo en que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que sea aprobada por Moda Health. Si es aprobada, la cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de vigencia determinada por Moda Health. Moda Health se puede comunicar conmigo para aclarar las respuestas en esta solicitud. Siendo el solicitante, comprendo que tengo el derecho de inspeccionar la información en mi archivo.

Reconozco que he leído y que estoy de acuerdo con los términos de esta solicitud.

Escriba en letra mayúscula el nombre de la parte responsable <sup>1</sup> si es una póliza sólo para hijo o hijos	Parentesco <sup>2</sup>
Firma del solicitante (o padre de familia o tutor legal si el solicitante es menor de 18 años)	Fecha de la firma

1 *Parte responsable: Si usted es un adulto no cubierto por este plan y 1) tiene responsabilidad financiera y/o 2) actúa como el cuidador principal del suscriptor y otras personas cubiertas por este plan, entonces usted es la parte responsable.*

2 *Por favor adjunte la documentación legal si usted es el tutor legal o el titular del Poder Notarial.*

**¿Preparado para enviarlo?** Envíe este formulario por correo, fax o correo electrónico a Moda Health.

**Correo:** Moda Health, Billing and Eligibility, 601 SW Second Ave., Portland OR 97204-3156

**Fax:** 503- 219-3696 **Correo electrónico:** Escanee y envíe el formulario a individualapp@modahealth.com.

¿Acaba de llegar a Moda Health? Visite [modahealth.com](http://modahealth.com) para ver su manual y sus facturas como miembro. Usted recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté preparada.

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese a Moda Health en el 855-718-1767.