

2024 CAREAssist | Solicitud para el plan dental individual

Usted puede inscribirse si:

- > Ya está inscrito por completo en CAREAssist.
- > Su cobertura de salud no es con el Plan de Salud de Oregón (OHP).

Confirmando que cumplo con estas condiciones.

Si se determina que no reúne los requisitos para tener CAREAssist, es posible que aun pueda inscribirse en un plan individual de Delta Dental si cumple con los requisitos de inscripción especial.

- Nueva póliza dental por cumplir con los requisitos de CAREAssist.
- Solicito cobertura del plan:
 Delta Dental PPO

Sección 1: Inscripción: Información del suscriptor

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

Nombre <i>(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)</i>			
Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>		Número de Seguro Social	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono		Correo electrónico:	
Dirección de correo postal <i>(si es diferente)</i>			
Ciudad		Estado	Código postal
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

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 _____.

Sección 2: Seguro adicional

¿Contará con otro seguro dental? Sí Sin otra cobertura

Sección 3: 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 4: 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.
- > El suscriptor debe estar inscrito en CAREAssist para poder solicitar y mantener la cobertura de un plan de Delta Dental. El término "residente" se refiere a una persona que vive en Oregón 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).
- > No hay beneficios disponibles en un plan de Delta Dental para los servicios o suministros que usted recibió antes de la fecha de entrada en vigor de esta cobertura.
- > Los cambios en las leyes o normas estatales o federales pueden modificar los beneficios o tarifas del plan. 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 5: Certificado de finalización y exactitud

Asegúrese de firmar y colocar la fecha a continuación.

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 leído y comprendido esta solicitud, las condiciones y las declaraciones de certificación y privacidad.

Solicitante (suscriptor) o padre, madre o tutor:

Nombre en letra de imprenta de <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor ¹ <input type="checkbox"/> Solicitante	
Firma X	Fecha

1 Si no es el padre ni la madre, 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.

¿Está listo para enviar el formulario?

- > ¿Ha completado toda la solicitud y la ha firmado?
- > ¿Ha adjuntado la documentación requerida (tutela, etc.)?

Envíe su solicitud completa y firmada y sus archivos adjuntos a CAREAssist:

Correo electrónico: Escanee el formulario y envíelo a care.assist@odhsoha.oregon.gov

Fax: 971-673-0177

Correo postal: CAREAssist, 800 NE Oregon St. #1105, Portland, OR 97232

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 Delta Dental al 855-718-1767 o CAREAssist al 971-673-0144.

DeltaDentalOR.com

Planes dentales en Oregon 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. REV4-0339 (10/23)

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.



ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno 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 serbisyong 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

لئے میں تو سنی (URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ پر کال کریں 1-877-605-3229 (TTY: 711)

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 تماس بگیرید. (TTY: 711) 1-877-605-3229

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。

အကူအညီ: ဤ နမိ (မူပိုင်ခွင့် မရှိပါ။ အငြိမ်းစားခံယူ) ဝါဒီ ဤ တိ တိ မူပိုင်ခွင့် နမိ မာဇိ ဝါဒီ မူပိုင်ခွင့် မရှိပါ။ ဝါဒီ 1-877-605-3229 (TTY: 711) ပာ ကိုယ် ကိုယ်

ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. 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 ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

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

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

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