

# CareAssist 2023 | Solicitud para el plan dental individual

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. Aquellas solicitudes que sean ilegibles o estén incompletas serán devueltas. Debemos recibir su solicitud completa antes de la fecha de entrada en vigor requerida. Para agilizar su solicitud, complete el formulario e incluya su firma electrónica o el ID digital con firma personal de Adobe. También puede completar este formulario de solicitud con lapicera negra o azul e incluir su firma manuscrita.

## Sección 1: Elegibilidad y residencia

Para cumplir con los requisitos de nuestros planes dentales individuales de Oregón, debe ser residente de tal estado y vivir en nuestra área de servicio al menos 6 de los 12 meses del año. Si se determina que no califica para CareAssist, es posible que pueda registrarse en un plan individual de Delta Dental si cumple con los requisitos de una inscripción especial. Se le solicitará documentación que respalde su elegibilidad para obtener una inscripción especial debido a acontecimientos que pueda haber experimentado.

## Sección 2: Selección del plan

Delta Dental PPO - \$0 deducible

## Sección 3: Tipo de solicitud

Nueva póliza dental por cumplir con los requisitos de CareAssist

## Sección 4: Información del subscriptor

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Título	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <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 <i>Estos campos son opcionales. Nos comprometemos a comprender 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.</i>							
Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra (especifique)				Idioma de preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			
Dirección			Ciudad			Estado	Código postal
Dirección de correo postal (si es diferente)			Ciudad			Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico			Número de teléfono fijo		Número de teléfono celular		

## Sección 5: Seguro adicional

¿Contará con otro seguro dental?  Sí  No

## Sección 6: Crédito para el período de exclusión de beneficios (para coberturas dentales nuevas)

Para subscriptores a partir de los 19 años de edad:

¿Cuenta con 12 meses continuos de cobertura dental previa con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de la póliza nueva?

No  Sí ¿Obtuvo esta cobertura a través de Delta Dental of Oregon? En caso afirmativo, se lo eximirá automáticamente del período de exclusión de su cobertura dental. Si obtuvo esta cobertura a través de otra compañía de seguros, envíe una carta de su anterior compañía o empleador en la que se indiquen las fechas de inicio y finalización de su cobertura dental previa. Esta documentación es necesaria a fin de que se aplique el crédito para el período de exclusión de beneficios. Envíe la documentación por correo postal o electrónico, o bien por fax.

**Correo electrónico:** CustomerSupportOR@DeltaDentalOR.com **Fax:** 503-219-3696

**Correo postal:** Delta Dental Plan of Oregon, 601 S.W. 2nd Avenue, Portland, OR 97204

## Sección 7: Condiciones básicas de la inscripción

### > **Comprendo que puedo recibir beneficios inferiores al monto facturado por mi proveedor cuando realizo un tratamiento con un proveedor no participante.**

- > Comprendo y acepto que esta solicitud no constituye una oferta de cobertura, y que la cobertura no comenzará hasta que Delta Dental reciba esta solicitud, la revise y asigne una fecha de entrada en vigor.
- > Comprendo y acepto que esta solicitud se convierta en una parte de mi plan.
- > Comprendo que no hay beneficios disponibles en este plan para los servicios o suministros que se hayan recibido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- > Comprendo que la persona mencionada en este documento debe ser residente del estado de Oregón para mantener la cobertura a través de este plan, o bien para presentar la solicitud correspondiente.

- > **“Residente”** significa persona que vive en el estado de Oregón y tiene las intenciones de vivir allí de forma permanente o por tiempo indefinido. Es posible que Delta Dental le solicite un certificado de residencia de vez en cuando. Dicho certificado debe incluir, entre otros, la dirección donde reside el individuo, no su apartado de correos.
- > Tengo derecho a analizar y devolver la póliza dentro de los 10 días posteriores a haberla recibido.
- > Los cambios potenciales debidos a mandatos federales o estatales, que entrarán en vigor a partir de enero, pueden alterar las tarifas y los beneficios de mi plan actual.
- > Independientemente de la fecha de mi inscripción, la tarifa de mi plan se renovará el 1.º de enero.
- > Leí la declaración de privacidad de Delta Dental que está disponible en DeltaDentalOR.com.

## Sección 8: Documentación en línea

Puede consultar la explicación de beneficios en línea. Para ello, acceda al Member Dashboard (Panel para miembros). Tras aprobarse su solicitud, recibirá una carta de bienvenida con su número de identificación de miembro. Utilice este número para configurar una cuenta en Member Dashboard, en DeltaDentalOR.com, y elija la opción que le permita recibir explicaciones de beneficios de forma virtual.

## Sección 9: Certificado de finalización y exactitud

### Asegúrese de firmar la solicitud y colocar la fecha en esta sección.

Confirmando que las respuestas de esta solicitud están completas y son correctas según mi leal saber y entender. Brindé estas respuestas como parte del proceso de solicitud que requiere Delta Dental para inscribirse en su cobertura de seguro. Comprendo que, si esta solicitud contiene cualquier tergiversación intencional de hechos materiales, Delta Dental puede negarme la cobertura, modificar, cancelar o rescindir 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 afecte la solicitud, ya sea porque la información quede incompleta o sea incorrecta. Comprendo y acepto que la cobertura no entrará en vigor hasta que Delta Dental la apruebe. 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 subscriptor, comprendo que tengo derecho a inspeccionar la información en mi archivo.

Reconozco que he leído y aceptado las condiciones de esta solicitud.

Nombre en letra de imprenta del tutor <sup>1</sup> en caso de ser una póliza de niños	Relación <sup>2</sup>
Firma del subscriptor (si el subscriptor es menor de 18 años, firma del tutor) X	Fecha de la firma

*1 Tutor: Adulto que no está cubierto por este plan y asume la responsabilidad financiera del subscriptor cubierto por este plan, o bien actúa como su cuidador primario.*

*2 Si no es el padre ni la madre del subscriptor, pero es el representante legal o su apoderado, adjunte la documentación legal.*

Al brindarnos su información de contacto, otorga su consentimiento para recibir comunicaciones de Delta Dental Plan of Oregon, Moda Health Plan, Inc. y sus afiliados y socios comerciales respecto de los beneficios, los pagos y los tratamientos de su plan de salud. Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico pueden ser inseguras. Aunque es poco probable, 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 hay un requisito que indique que debe brindar su dirección de correo electrónico o número de teléfono para adquirir bienes o servicios.

**¿Está listo para enviar el formulario?** Envíelo por correo postal o electrónico, o bien por fax a Delta Dental.

**Correo postal:** Delta Dental, Membership Accounting,  
601 S.W. Second Ave., Portland, OR 97204-3156

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

¿Es nuevo en Delta Dental Plan of Oregon? Visite [DeltaDentalOR.com](http://DeltaDentalOR.com) a fin de acceder a su Member Dashboard y consultar su manual para miembros y sus facturas. Tras registrarse en dicho panel y seleccionar que desea consultar la documentación en línea (ver la sección 8), recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté lista.

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros a 855-718-1767.

**[DeltaDentalOR.com](http://DeltaDentalOR.com)**

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

# Nondiscrimination notice

**We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, 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 Customer Service at:**

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

**Dave Nesseler-Cass coordinates our nondiscrimination work:**

Dave Nesseler-Cass,  
Chief Compliance Officer  
601 SW Second Ave.  
Portland, OR 97204  
855-232-9111  
compliance@modahealth.com

**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](https://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](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).



Delta Dental of Oregon & Alaska

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 مجانًا. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

بولتے ہیں تو سانی (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 1-877-605-3229 (TTY: 711) تماس بگیرید.

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: ဤတမ်း(ဇာပိုင်ဒီဂရီဇာပိုင်အင်ဂျင်နီယာ)ပါရှိ  
ရှိပါတယ်။ ဇာပိုင်ဒီဂရီဇာပိုင်အင်ဂျင်နီယာ  
1-877-605-3229 (TTY: 711) ပါရှိပါသည်။

ໂບດລາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍ  
ອະທິບາຍພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍ  
ຄ່າ. 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 គឺមានផ្តល់ជូនណាកម្មក៏។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

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

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณ  
สามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้  
ฟรี 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)

