

Por favor, llene todas las secciones de esta solicitud. Si la solicitud está incompleta o se solicita más información, es posible que su fecha de entrada en vigencia se retrase. Las solicitudes ilegibles o incompletas serán devueltas. Debemos recibir su solicitud llena antes de la fecha de vigencia solicitada.

Sección 1 ▶ Elegibilidad y residencia

Para ser elegible y para solicitar uno de nuestros planes dentales individuales de Oregon, usted debe ser residente de Oregon y residir en nuestra área de servicio durante seis meses del año. Si se determina que usted no califica para CareAssist, es posible que pueda inscribirse en un plan individual de Delta Dental si tiene derecho de participación para una inscripción especial. Se le solicitará documentación que demuestre su elegibilidad para una inscripción especial basada en ciertos eventos de la vida que haya vivido.

Sección 2 ▶ Elección del plan

Delta Dental PPO \$0 deducible

Sección 3 ▶ Tipo de solicitud

Nueva política dental ya que cumple con los requisitos de CareAssist

Sección 4 ▶ Información del miembro

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Etnia <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)		Idioma de preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)	
Dirección de residencia	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Teléfono		

Sección 5 ▶ Otros seguros

¿Contará con otro seguro dental? Sí No

Sección 6 ▶ Crédito para subsidio directo período de exclusión (para nueva cobertura dental)

Para miembros de 19 años o más:

¿Ha tenido usted 12 meses continuos de cobertura dental previa, con no más de 90 días de interrupción en la cobertura desde el final de la póliza antigua hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la nueva póliza?

- No Sí. ¿Obtuvo esta cobertura a través de Delta Dental of Oregon? Si la respuesta es sí, le exoneraremos inmediatamente el periodo de exclusión de su cobertura dental. Si obtuvo esta cobertura a través de un operador diferente, proporcione una carta de su compañía de seguros o empleador anterior que documente las fechas de inicio y finalización de su cobertura dental anterior. Esta documentación de cobertura previa es necesaria para que el crédito se aplique durante el periodo de espera de beneficios. Envíe este formulario por correo, fax o correo electrónico.

Correo electrónico: indunit@modahealth.com

Fax: 503-219-3696

Correo estándar: Delta Dental Plan of Oregon.
601 SW 2nd Avenue
Portland, OR 97204

Sección 7 ▶ Condiciones básicas de inscripción

- > Entiendo y acepto que esta solicitud no es una oferta de cobertura y que la misma no empieza hasta que Delta Dental reciba y revise la presente solicitud y se le asigne una fecha para que entre en vigencia la cobertura.
- > Entiendo y acepto que esta solicitud se convierta en parte de mi plan.
- > Entiendo que no hay beneficios disponibles bajo este plan para servicios o suministros que se recibieron antes de la fecha de vigencia de la cobertura.
- > Entiendo que la persona que aparece en esta solicitud debe ser residente del estado de Oregon para solicitar y mantener la cobertura de este plan.
- > “Residente” se refiere a una persona que vive en el estado de Oregon y tiene la intención de vivir en el estado permanente o indefinidamente. Delta Dental puede solicitar una prueba de residencia ocasionalmente. Dicha prueba incluirá, pero no se limitará a, la dirección postal de la residencia de la persona y no un apartado postal.
- > Entiendo que puedo recibir beneficios que son menores a la cantidad facturada por mi proveedor cuando el tratamiento no es realizado por un proveedor participante.
- > Tengo el derecho de revisar y devolver la póliza dentro de los 10 días después de haberla recibido.
- > Los cambios potenciales debidos a mandatos estatales o federales, vigentes en enero, pueden alterar los subsidios o las tarifas de mi plan actual.
- > Sin importar la fecha de mi inscripción, la tarifa de mi plan se renovará el 1 de enero.
- > He leído la política de privacidad de Moda que está disponible en modahealth.com.

Sección 8 ▶ ¡Sin papeles!

Usted puede verificar la explicación de sus beneficios (EOBs, por sus siglas en inglés) en línea, ingresando a su cuenta. Una vez aprobada su solicitud, recibirá una carta de bienvenida con su número de identificación de miembro de Moda. Con este número de identificación, simplemente abra una cuenta de myModa visitando DeltaDentalOR.com y decida recibir EOBs electrónicos.

Sección 9 > Certificación de finalización y exactitud

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

Declaro que las respuestas dadas en esta solicitud son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Proporcioné estas respuestas como parte del proceso de solicitud de Delta Dental para inscribirse en su cobertura de seguro. Entiendo que, si esta solicitud contiene alguna distorsión intencional de hechos materiales, Delta Dental puede negar la cobertura, modificar o cancelar el contrato, rescindir el contrato o tomar otra acción legal. Informaré de inmediato a Delta Dental por escrito si ocurre algo que vuelva esta solicitud incompleta o incorrecta antes de que la cobertura entre en vigencia. Comprendo y acepto que ninguna cobertura estará en vigencia hasta que sea aprobada por Delta Dental. Si se aprueba, la cobertura estará en vigencia a partir de la fecha determinada por Delta Dental. Delta Dental puede comunicarse conmigo para aclarar las respuestas en esta solicitud. Como miembro, entiendo que tengo el derecho de revisar la información en mi archivo.

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

Escriba en letra de molde el nombre de la parte responsable ¹ si es una póliza de menores	Parentesco ²
Firma del suscriptor <i>(si el suscriptor es menor de 18 años, firma del padre/tutor)</i> X	Fecha de la firma

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

2 *Si no es el padre, por favor adjunte documentación legal si usted es el tutor legal o el titular de un poder notarial.*

¿Listo para enviar? Envíe este formulario por correo, fax o correo electrónico a Delta Dental.

Correo: Membership Accounting, 601 SW Second Ave., Portland, OR 97204-3156

Fax: 503-219-3696 **Correo electrónico:** Escanear y enviar a individualapp@modahealth.com.

¿Es nuevo en Delta Dental of Oregon? Visite DeltaDentalOR.com e ingrese a su cuenta para revisar su manual de miembro y su factura. Una vez que se inscriba en myModa y no utilice papel (ver Sección 8), recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté lista. **¿Preguntas?** Comuníquese con nosotros al 855-718-1767.

DeltaDentalOR.com

Los planes dentales en Oregon son proporcionados por Oregon Dental Service, dba Delta Dental Plan of Oregon.

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:

Medicare Customer Service,
877-299-9062 (TDD/TTY 711)

Medicaid Customer Service,
888-788-9821 (TDD/TTY 711)

Customer Service for all other plans,
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

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, 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.



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 مجاناً. 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۔ 1-877-605-3229 (TTY: 711) پر کال کریں

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)

توجه: در صورتی که به فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما موجود است. با (TTY: 711) 1-877-605-3229 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。

modahealth.com

အကူအညီ: အို တမ် (မူပိုင်ခွင့် မရှိဘဲ အမျိုးမျိုး) ဝါလဲဝါ ဝါ တဲ မူပိုင်ခွင့် တမ်ဝါ မာဠိ ဝါ ဝါ မူပိုင် ဝါ ဝါ ဝါ 1-877-605-3229 (TTY: 711) ပာ ဝါ ဝါ

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)

HUBACHIIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni 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 togotia. 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)



Delta Dental of Oregon & Alaska