

Formulario de solicitud de inscripción y modificación de datos

Cobertura médica



Para uso exclusivo de Moda

Número de grupo _____ Número del subscriptor _____

Para agilizar la solicitud, use tinta negra o azul, escriba en letra legible y siga las instrucciones para el envío. 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.*

Sección 1 > Tipo de solicitud

Podrá inscribirse o realizar cambios fuera del período de inscripción abierta si existen razones especiales (por ejemplo, agregar dependientes o cambiar de planes). Si se inscribe o realiza cambios debido a una circunstancia especial que autoriza la inscripción, indique abajo cuál es el evento de vida y presente la documentación correspondiente. Solicito la inscripción o los cambios por el siguiente motivo:

Inscripción abierta

Fecha del evento: _____

- Nuevo subscriptor.
- Agregar dependiente.
- Cambiar de plan únicamente.
- Eximir de la cobertura (consulte la sección 7).*

Modificaciones (estos cambios se pueden realizar fuera del período de inscripción abierta)

- Cambio de nombre.
Nuevo nombre: _____
Nombre anterior: _____
- Nueva dirección.
(Escriba la nueva dirección en la sección 3).

Inscripción especial

Fecha del evento: _____

- Matrimonio.
- Unión de hecho con una pareja doméstica.
- Nacimiento, adopción o solicitud judicial de adopción.
- Pérdida de la cobertura por alcanzar la edad límite (cumplí 26 años).
- Pérdida de la cobertura por disolución del matrimonio o la unión de hecho con una pareja doméstica, siempre que esté permitida la inscripción de parejas domésticas en su plan.
- Pérdida involuntaria de una cobertura de grupo.
- Finalización de la cobertura de COBRA o de continuación porque se agotaron los beneficios.
- Otro _____.

Nombre del grupo	Subgrupo	Número de grupo	Clase

Sección 2 > Cobertura

Cobertura médica

Sección 3 > Datos del empleado

Nombre*	Inicial del segundo nombre	Apellido*	Número de Seguro Social*		
Dirección de correo postal*			Ciudad*	Estado*	Código postal*
Número de teléfono fijo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)*			
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			Dirección de correo electrónico		
<i>Los siguientes campos son opcionales. Nos comprometemos a entender 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>					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <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 <input type="checkbox"/> No definido/no especificado			

*Habrá demoras en la inscripción si no se completan los campos marcados con asterisco.

Sección 4 > Información relativa a la elegibilidad de los hijos dependientes

Los hijos pueden inscribirse en la cobertura hasta los 25 años de edad. Para obtener información adicional sobre los requisitos de elegibilidad, consulte el Certificado de cobertura. Los hijos dependientes elegibles son los siguientes:

- Sus hijos naturales o adoptados o los de su cónyuge.
- Niños que quiere adoptar mediante una solicitud judicial.
- Su hijo recién nacido o el de su cónyuge.
- Niños bajo su tutela legal con parentesco por consanguinidad o matrimonio (deberá adjuntar una orden judicial firmada como constancia).
- Niños con orden médica calificada de manutención de los hijos.
- Nietos, si figuran como dependientes en su declaración de impuestos federales en el momento de solicitar la cobertura.
- Su pareja doméstica y los hijos naturales o adoptados de esta, siempre que su plan brinde cobertura a parejas domésticas registradas o parejas domésticas mediante una declaración de unión de hecho.

Sección 5 > Dependientes

Abreviaturas de las relaciones familiares: **CG** = cónyuge, **PD** = pareja doméstica, **PDR** = pareja doméstica registrada (*PD y PDR solo si se aplican a su plan*)

Use un formulario adicional si es necesario.

Agregar	Quitar	Méd.	Vis.	Relación*	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	Idioma principal (si no es el mismo del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CG <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> PDR					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <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 <input type="checkbox"/> No definido/no especificado					

Agregar	Quitar	Méd.	Vis.	Relación*	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	Idioma principal (si no es el mismo del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo ¹					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <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 <input type="checkbox"/> No definido/no especificado					

Agregar	Quitar	Méd.	Vis.	Relación*	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	Idioma principal (si no es el mismo del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo ¹					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <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 <input type="checkbox"/> No definido/no especificado					

Agregar	Quitar	Méd.	Vis.	Relación*	Nombre del dependiente*	Apellido del dependiente*	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	Idioma principal (si no es el mismo del empleado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hijo ¹ <input type="checkbox"/> Tutor					
Género/sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <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 <input type="checkbox"/> No definido/no especificado					

Sección 6 > Otro seguro (coordinación de beneficios)

¿El empleado o alguno de los dependientes contarán con otro seguro? Sí No

* Habrá demoras en la inscripción si no se completan los campos marcados con asterisco.

¹ Incluya únicamente a los hijos dependientes elegibles. Consulte la sección 4 para conocer los requisitos de los hijos dependientes.

Sección 7 > Selección del proveedor de atención primaria (PCP)

Para las modificaciones, incluya únicamente a las personas que soliciten cambios. Use un formulario adicional si es necesario.

Subscritor

Nombre del subscritor		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del PCP			
Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código postal

Dependientes

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del PCP			
Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del PCP			
Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre del PCP			
Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 8 > Información relativa a la exención de la cobertura

Incluya el nombre de todos los miembros elegibles que NO se inscribirán. Use un formulario adicional si es necesario.

Persona que se exime	Motivo de la exención	Nombre del plan de salud	Número de póliza	Nombre del grupo del empleador
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo del empleador <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro _____			
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo del empleador <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro _____			

Aviso: Si no se inscribe o no inscribe a los dependientes (incluido su cónyuge) porque tienen otro seguro de salud, es posible que pueda inscribirse usted e inscribirlos a ellos más adelante, siempre que solicite la inscripción en el transcurso de los 31 días siguientes a la finalización de la otra cobertura*. Por otra parte, es probable que pueda inscribirse usted e inscribir a los nuevos dependientes por matrimonio, nacimiento, adopción o solicitud judicial de adopción, siempre que solicite la inscripción en el transcurso de los 31 días posteriores al matrimonio, la adopción o la solicitud judicial de adopción.

*Si la cobertura anterior era de Medicaid o un programa de seguro médico para niños (CHIP), debe solicitar la inscripción en el transcurso de los 60 días después de que la cobertura haya finalizado.

Ni el empleado ni sus dependientes fueron inducidos o recibieron presiones del empleador, el agente ni la compañía de seguros para que rechazaran la cobertura. Se informó al empleado o a sus dependientes sobre la disponibilidad de cobertura de salud para grandes grupos y eligieron rechazar la cobertura.

Sección 9 > Autorización (firme abajo después de leer)

Reconozco y entiendo que, en algunas ocasiones, el plan de salud puede solicitar o divulgar mi información de salud o la de mis dependientes (personas que figuran en el formulario de inscripción como beneficiarios de la cobertura) a los fines de facilitar un tratamiento de atención de salud, realizar pagos o llevar adelante las operaciones comerciales necesarias para gestionar los beneficios médicos; o cuando lo exija la ley. La información de salud que se solicite o divulgue puede estar relacionada con tratamientos o servicios prestados por alguno de los siguientes:

- Médicos, dentistas, farmacéuticos u otros profesionales de atención de la salud física o del comportamiento.
- Clínicas, hospitales, centros de atención a largo plazo u otro establecimiento médico.
- Cualquier otra institución que brinde atención, tratamientos, consultas, productos farmacéuticos o suministros.
- Una compañía de seguros o un plan de salud de grupo.

En la información de salud que se solicite o divulgue se pueden incluir, entre otros, los siguientes: registros de reclamos, correspondencia, historias clínicas, resúmenes de cuenta, informes de diagnósticos por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (incluidos los registros de enfermería y las notas de progreso). Este reconocimiento no autoriza a obtener información relacionada con el VIH o sida, las notas de psicoterapia, el alcohol o las drogas ni las pruebas genéticas. Para obtener información relacionada con estas afecciones de salud, se utilizará una autorización específica. Brindar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de cometer fraude a la compañía es un delito. Las sanciones incluyen la prisión, multas y la denegación de la cobertura de salud.

Certifico que la información en este formulario está completa y es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que habrá demoras en la inscripción si no están completos todos los campos marcados con asterisco en el formulario.

Firma del empleado* X	Fecha de la firma*
--------------------------	--------------------

*Habrá demoras en la inscripción si no se completan los campos marcados con asterisco.

Sección 10 ▶ Autorización para enviar información por medios electrónicos

Declaración sobre el envío de información por medios electrónicos

Es posible que Moda Health mantenga comunicaciones por medios electrónicos relacionadas con los beneficios de su plan de salud, sus pagos y tratamientos. Si quiere que estos documentos se le envíen por medios electrónicos, puede llamar al 844-931-1779 y solicitar una copia en papel. Puede retirar su autorización para enviar información por medios electrónicos llamando al 844-931-1779 o cambiando la opción en el Tablero para miembros en nuestro sitio web. Moda Health le enviará estos documentos en papel una vez que su elección se actualice en nuestro sistema.

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.

Equipamiento y otras aplicaciones para los envíos electrónicos

Para llevar adelante transacciones en línea, se requieren hardware, software y sistemas operativos como los siguientes:

1. Una conexión a Internet en funcionamiento.
2. Un navegador web actualizado que incluya un cifrado de 128 bits y tenga las cookies habilitadas (por ejemplo, Internet Explorer versión 11.0 en adelante, Firefox versión 52.0 en adelante, Chrome versión 55.0 en adelante o Safari 9.1 en adelante).
3. Una cuenta de correo electrónico válida con un proveedor de servicios de Internet y software para correos electrónicos.
4. Un sistema operativo y de conexiones de telecomunicación en Internet con capacidad para recibir, acceder, mostrar e imprimir o guardar los documentos que reciba de nuestra parte en línea mediante correos electrónicos de texto en formato simple o formato HTML; o bien que permita el acceso a nuestro sitio web con alguno de los navegadores mencionados anteriormente.
5. Una computadora con suficiente espacio de almacenamiento para guardar las comunicaciones y documentos enviados.
6. Una impresora instalada para imprimir los documentos.

La instalación, el mantenimiento y el funcionamiento de la computadora, así como el navegador y software, o el acceso a una computadora con las capacidades necesarios son su exclusiva responsabilidad. Moda Health no se responsabiliza por errores o pérdidas causados por el mal funcionamiento de la computadora, el navegador o el software utilizado para obtener acceso a la documentación enviada mediante transmisiones electrónicas. Moda Health tampoco es responsable de los virus informáticos o los problemas relacionados con el uso de sistemas en línea.

Autorización para enviar información por medios electrónicos

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones por medios electrónicos relacionadas con los beneficios del plan de salud, los pagos y tratamientos. Entiendo que puedo comunicarme con Moda Health para modificar la forma de envío.

Doy mi consentimiento para recibir algunos documentos (por ejemplo, la Explicación de beneficios y el Certificado de cobertura) por medios electrónicos.

He leído la declaración respecto a los envíos electrónicos de información. Acepto los requisitos. Certifico, además, que tengo acceso a los documentos que se envíen por medios electrónicos.

Entiendo que puedo retirar mi autorización de envíos electrónicos llamando al 844-931-1779 o cambiando la opción en el Tablero para miembros del sitio web de Moda Health. Moda Health me enviará las comunicaciones en papel una vez que mi elección se actualice en el sistema.

Me comprometo a informar a Moda Health lo antes que sea razonablemente posible si cambio la dirección de correo electrónico o el número de teléfono celular.

- Autorizo el envío electrónico de esta solicitud de inscripción.
- Autorizo a Moda Health para que me envíe comunicaciones por medios electrónicos y entiendo que puedo retirar mi autorización para recibir estos documentos de forma electrónica.

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:

888-217-2363 (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.

Dave Nessler-Cass coordinates our nondiscrimination work:

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

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

پولتے 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 (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。

અગત્યનું: જો તમે (ભાષાંતર કરેલ ભાષા અહીં દર્શાવે) બોલો છો તો તે ભાષામાં તમારે માટે વિના મૂલ્યે સહાય ઉપલબ્ધ છે. 1-877-605-3229 (TTY: 711) પર કૉલ કરો

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 lengguahе 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)