

Nuevo Cambio Inscripción abierta Delta Dental Premier® Preshent™ COBRA Otros

1.

Nombre del empleador o del grupo	Grupo número	Subgrupo	Fecha de Contratación	Fecha de efectividad
Apellido		Nombre		Segundo nombre
Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Teléfono		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

Por favor anote todos los dependientes que va a cubrir.

Cónyuge

Uso exclusivo de WDS

Apellido	Nombre	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento		Deductible	Incentive
----------	--------	---	---	---------------------	--	------------	-----------

Dependientes

Marque debajo si el dependiente está fuera de la edad, es estudiante de tiempo completo o incapacitado.

Uso exclusivo de WDS

Apellido	Nombre	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Dependiente primario	<input type="checkbox"/> Incapacitado	Deductible	Incentive
Apellido	Nombre	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Dependiente primario	<input type="checkbox"/> Incapacitado	Deductible	Incentive
Apellido	Nombre	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Dependiente primario	<input type="checkbox"/> Incapacitado	Deductible	Incentive
Apellido	Nombre	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Dependiente primario	<input type="checkbox"/> Incapacitado	Deductible	Incentive

Es un crimen proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el fin de defraudar a la compañía. Las penas aplicables incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Firma

Fecha

2. Coordinación de Beneficios

¿Tiene alguno de sus dependientes otra cobertura dental? Sí No Si contestó Sí, por favor complete la sección siguiente

Nº de SS	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Nombre y dirección de otro asegurador				
Nombre y número de grupo del empleador			Fecha de efectividad	

3. Inscripción en COBRA si no es el empleado

Evento modificadorio para COBRA	Fecha de efectividad	Parentesco con el suscriptor arriba nombrado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente fuera de la edad <input type="checkbox"/> Otro		
Nº de SS	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento

Dependientes

Marque debajo si el dependiente está fuera de la edad, es estudiante de tiempo completo o incapacitado.

Uso exclusivo de WDS

Apellido	Nombre	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Dependiente primario	<input type="checkbox"/> Incapacitado	Deductible	Incentive
Apellido	Nombre	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Dependiente primario	<input type="checkbox"/> Incapacitado	Deductible	Incentive

Es un crimen proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el fin de defraudar a la compañía. Las penas aplicables incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Firma

Fecha

WDS-707 12/06 SP

Información acerca de divulgación

De acuerdo con lo dispuesto en la Sección 4 de ESSB 6392, Capítulo 312, Leyes de 1996, la Ley de Divulgación para Entidades de Cuidados Administrados, WDS se complace en proporcionar información importante acerca de nuestros diversos planes de cuidados dentales. La meta de esta ley es proporcionar a las personas que están tomando decisiones de atención a la salud para sí mismas y para sus familias con la mayor cantidad posible de información, a fin de que puedan tomar las mejores decisiones. Washington Dental Service apoya plenamente este principio, y suministra la mayoría de la información requerida en folletos de beneficios para afiliados, que se entregan a las personas inscritas al comenzar su cobertura.

Los elementos informativos que usted puede solicitar que Washington Dental Service le proporcione son:

- 1a) la disponibilidad de un plan de punto de servicio y la forma en que opera el plan dentro de la cobertura
- 1b) documentos, instrumentos u otra información a la que se haga referencia en el acuerdo de inscripción
- 1c) procedimientos a seguir para consultar a un proveedor que no sea el médico de cabecera (se aplica principalmente a planes por capitación)
- 1d) existencia de una lista o formulario de medicamentos recetados del plan, para planes que cuenten con ese beneficio específico
- 1e) procedimientos a seguir para obtener autorización previa para servicios de atención a la salud
- 1f) acuerdos de reembolso o de pago entre un asegurador y un proveedor
- 1g) circunstancias bajo las cuales un plan puede denegar cobertura retroactivamente para un cuidado que tenía autorización previa
- 1h) copia de todos los procedimientos de queja por denegación de reclamos o servicios y por no haber quedado satisfecho con la atención
- 1i) descripción y justificación para programas de compensación a proveedores, incluyendo cualquier incentivo o penalización destinada a animar a los proveedores a retener servicios o minimizar o evitar las referencias a especialistas

Las personas inscritas en los planes de atención dental de Washington Dental Service podrán celebrar contratos libremente en cualquier momento para obtener otras formas de atención dental o servicios de atención a la salud fuera de la cobertura del plan de Washington Dental Service por cualquier razón que elijan; no obstante, el afiliado deberá pagar por todos estos servicios.

Para obtener esta información, usted deberá llamar al 1-800-367-4104. Un empleado de Washington Dental Service tomará su nombre y le enviará la información que ha solicitado. Si usted está inscrito en un plan de cuidados dentales de Washington Dental Service, podremos pedirle que consulte su folleto de beneficios para encontrar información adicional sobre su plan que puede resultarle útil. También puede escribir a Washington Dental Service para solicitar la información arriba indicada a: P.O. Box 75983, Seattle, WA 98175-0983.