

Solicitud de inscripción a los beneficios dentales suplementarios opcionales de Washington de 2023

Proporcione su información

APELLIDO PRIMER NOMBRE ID DE MIEMBRO (SI ES MIEMBRO ACTUAL)

FECHA DE NAC. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL) NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN

CIUDAD CONDADO (OPCIONAL) ESTADO CÓDIGO POSTAL

Elija la Cobertura dental*

WA Basic: Se le agregarán \$34.10 a su prima médica.

WA Enhanced: Se le agregarán \$48.00 a su prima médica.

¿Tendrá otra cobertura dental? Sí No Si la respuesta es "sí", indique la otra cobertura a continuación:

NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS

N.º DE ID DE ESTA COBERTURA

N.º DE GRUPO DE ESTA COBERTURA

*La cobertura dental la administra Dominion Dental Services. Entiendo que la inscripción en el plan indicado anteriormente es opcional. También entiendo que debo mantener mi cobertura en Providence Medicare Advantage Plans para estar inscrito en el plan opcional seleccionado. Además, entiendo que debo pagar la prima del plan opcional para mantener mi cobertura. Leeré la información del plan de beneficios opcional cuando la reciba y aprenderé mis responsabilidades como miembro y los servicios que el plan cubre. Además entiendo y acepto que mi firma en este formulario de inscripción sirve como mi compromiso legal al Plan y sus términos. Además, esta firma representa mi autorización para la divulgación de información acerca de los servicios prestados. La información se puede divulgar a los médicos y organizaciones que prestan los servicios, con el fin de investigar o evaluar la atención en relación con una queja. Por la presente, certifico que he leído, o me han leído, la solicitud completada, y estoy al tanto de que las declaraciones falsas en la solicitud pueden dar como resultado la pérdida de cobertura suplementaria conforme a la póliza.

Comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deberían llamar al 711) si necesita información en un formato accesible o en otro idioma que no sea inglés. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).

Firma del solicitante

FIRMA

____/____/____

FECHA DE HOY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y proporcione la siguiente información:

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

CONDADO (OPCIONAL)

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

RELACIÓN CON EL INSCRITO

NOTA: En general, su cobertura comenzará el primer mes después de recibir la solicitud completada. Las elecciones tomadas durante el Período de inscripción anual no estarán vigentes hasta el 01/ene./2023.