

Inscripción o Cambio de Plan de Dental para los Individuos del Estado de Nueva York



Acción Solicitada: **Inscripción** **Cambio** **Cancelación** *Por favor complete ambas páginas de este formulario.*

Sección 1: Información Sobre Usted *(por favor incluya el nombre del solicitante y número de grupo en la página 2)*

Nombre del Solicitante <i>(primer, inicial del segundo, apellido)</i>				Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Correo Electrónico			Teléfono		

Nivel de Cobertura **Suscriptor** **Suscriptor y Cónyuge** **Suscriptor y Dependiente(s)** **Familia**

¿Califica usted y/o su Cónyuge para Medicare? **Sí** **No** Si su respuesta es **Sí**, proporcione el/los números de Identificación de Afiliado de Medicare (Usted) (Su Cónyuge, en caso califique)

Si su respuesta es **Sí**, proporcione las Fechas de Entrada en vigencia de las Partes A y B de Medicare

(Usted) Parte A Parte B (Cónyuge) Parte A Parte B

Sección 2: Información de Inscripción/Cambio/Cancelación

Inscripción o Cambio *(marque todos los que apliquen)*

- Solicitante Nuevo Agregar Dependiente
 Cambio de Nombre Transferencia a Otro Plan
 Cambio de Dirección

Fecha de Entrada en Vigor Solicitada

Motivo

Evento Calificante *(explique)*

Otro

Cancelación

- Terminación del Plan
 Quitar Solo Dependiente(s)
(especificar nombre o número de identificación del afiliado)

Fecha de Entrada en Vigor Solicitada

Motivo de la Cancelación

- Opto por Otra Cobertura Se Mudó del Área de Servicio
 Otro

Sección 3: Elija Su Cobertura *(Inscripciones y Cambios)*

MVP Dental for Kids® MVP Dental PPO® for Adults MVP Dental PPO® for Families Delta Dental PPO Pediatric Basic Plan

Necesita ayuda para seleccionar un plan dental? Visite mvphealthcare.com o llame al **1-844-865-0250** para hablar con un Representante de MVP.

Sección 4: Información Sobre Todos los Familiares que Desea Inscribir en Su Plan *(Inscripciones y Cambios)*

Por favor utilice un formulario separado para cada persona adicional.

1 Suscriptor/Solicitante <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social <i>(obligatorio)</i>
2 Nombre <i>(primer, inicial del segundo, apellido)</i>		Relación con el Suscriptor/Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social <i>(obligatorio)</i>

Nombre del Solicitante

Número de Grupo

(Sección 4 continuación de la página 1)

3 Nombre (primer, inicial del segundo, apellido) Relación con el Suscriptor/Solicitante
 Dependiente

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (obligatorio)
<input type="checkbox"/> No Binario				

4 Nombre (primer, inicial del segundo, apellido) Relación con el Suscriptor/Solicitante
 Dependiente

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (obligatorio)
<input type="checkbox"/> No Binario				

5 Nombre (primer, inicial del segundo, apellido) Relación con el Suscriptor/Solicitante
 Dependiente

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (obligatorio)
<input type="checkbox"/> No Binario				

Sección 5: Autorización (Se requiere su firma para Inscripción, Cambio, o Terminaciones)

Por la presente solicito la membresía en MVP. Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación, el uso y la comunicación de cualquier información médica sobre mí y sobre cualquier miembro de mi familia, para quienes puedo dar mi consentimiento:

- Mediante mi proveedor de atención primaria, cualquier otro proveedor de atención médica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (“NYSDOH”) a MVP y a cualquier proveedor de atención médica involucrado en mi cuidado, según sea razonablemente necesario para MVP o mis proveedores de atención médica llevar a cabo funciones de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, u otras funciones permitidas por, y de acuerdo con, las leyes, regulaciones y reglas vigentes. Esto puede incluir información sobre farmacia y otros reclamos médicos necesarios para ayudar a administrar mi atención;
- Mediante MVP y cualquier proveedor de atención médica vinculado a NYSDOH y a otros organismos federales, estatales y locales autorizados con el propósito de administrar los programas de salud en la medida permitida por, y de acuerdo con, las leyes, regulaciones y reglas vigentes; y
- Mediante MVP a mis proveedores u otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para MVP o mis proveedores llevar a cabo operaciones de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, o en la medida permitida por, y de acuerdo con, las leyes, regulaciones y reglas vigentes.

En cualquier momento, puedo retirar la autorización que concedí para divulgar información. Todo lo que tengo que hacer es llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número de teléfono que figura en la parte posterior de mi tarjeta de Identificación de Afiliado de MVP.

Por la presente certifico que estas declaraciones son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Al incluir una dirección de correo electrónico en este formulario de Inscripción/Cambio, usted está de acuerdo en aceptar la comunicación electrónica, a no ser que se requiera, de otro modo, por la ley.

Toda persona que, con conocimiento e intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material relacionado comete un acto de seguro fraudulento, lo que constituye un delito y también será sujeto a una sanción civil que no excederá los \$5,000 y el valor establecido de la reclamación para cada violación.

He leído y estoy de acuerdo con esta autorización.

Firma

Fecha

Sección 6: Información del Agente (Complete si un agente ayudó a completar esta solicitud)

Nombre del Agente	Correo Electrónico del Agente	Teléfono
Nombre de la Agencia	Dirección de la Agencia	Nº de la Agencia MVP

¿Preguntas? Estamos aquí para servirle. Llame **1-844-865-0250** o visite **mvphealthcare.com**.

Devuelva esta solicitud completa por correo a: **MVP HEALTH CARE 625 STATE ST PO BOX 2207 SCHENECTADY NY 12301-2207**

Los planes de beneficios de salud se emiten o son administrados por MVP Health Plan, Inc.; MVP Health Insurance Company; MVP Select Care, Inc.; y MVP Health Services Corp., subsidiarios operativos de MVP Health Care, Inc. No todos los planes están disponibles en todos los estados y condados.