

SHARP Health Plan

Período de inscripción especial para planes individuales y familiares

Solicitud de seguro de salud

Propósito

El propósito de este formulario es ayudarlo a solicitar seguro de salud durante el período de inscripción especial. Si completa este formulario, está solicitando cobertura de un plan individual o familiar de Sharp Health Plan dentro de los 60 días de un hecho calificador.

Instrucciones

Complete este formulario si desea realizar algún cambio en su plan de beneficios o actualizar la información personal asociada con su cuenta.

Puede modificar los siguientes datos:

- La información del suscriptor.
- Su cobertura.
- El plan de beneficios y la red.

Miembros de Covered California™: Para agregar un dependiente o cambiar de plan de beneficios, comuníquense con Covered California al 1-800-300-1506. También pueden modificar o actualizar la cuenta en línea iniciando sesión en su cuenta de Covered California en coveredca.com.



Si necesita ayuda, estamos a su disposición.

Póngase en contacto con el equipo de ventas de planes individuales y familiares (IFP) llamando al 1-858-499-8211 o envíe un correo electrónico a ifpsales@sharp.com. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Envío de la solicitud



Por correo o en persona¹:

Sharp Health Plan
Attention: IFP Sales
8520 Tech Way, Suite 200
San Diego, CA 92123



Por correo electrónico:

ifpsales@sharp.com



Por fax:

Attention: IFP Sales
1-858-499-8246

Para agilizar el proceso, presente la solicitud en línea, en sharphealthplan.com/get-a-quote.

Pago de la prima

Para pagar la prima con tarjeta de débito o crédito, ingrese en sharphealthplan.com/payment o envíe su cheque o giro postal a la siguiente dirección:

Sharp Health Plan
P.O. Box 57248
Los Angeles, CA 90074-7248

Servicio al Cliente de
Sharp Health Plan
1-858-499-8300

Información preliminar

¿Está inscrito actualmente en un plan individual o familiar de Sharp Health Plan? Sí No

Si la respuesta es "Sí", escriba el número de identificación del suscriptor (que figura en la tarjeta de identificación de miembro):

¿Estará inscrito en algún otro seguro de salud de otra aseguradora? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique cuál es la compañía de seguros:

¿Cómo nos conoció?

- Publicidad Consultorio médico Evento Corredor de seguros Miembro anterior De boca en boca
 Otro

Paso 1a. Información del suscriptor (titular de la póliza) (Complete en letra de imprenta).

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA N.º del Seguro Social: - - Estado civil: Soltero Casado Viudo
/ / Pareja doméstica registrada en el estado Solicitud para un hijo solamente

Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/de mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/de hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario, ni hombre ni mujer exclusivamente <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	Pronombres: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo
--	--	---	---

¿Qué raza le representa mejor? Marque todas las opciones que correspondan.

¿Es usted de origen hispano, latino o español?

<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	<input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicanoestadounidense o chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Sí, otro <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo
---	---	--	--

Dirección (no se permite apartado postal): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de facturación (si es diferente de la anterior): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono celular: () Número de teléfono particular: () Otro número de teléfono: ()

Dirección de correo electrónico: _____

¿Está dispuesto a recibir información de Sharp Health Plan por correo electrónico o mensaje de texto? Para los mensajes de texto, pueden corresponder tarifas de mensajes y datos. Sí No

Indique si requiere ayuda para comunicarse o si tiene necesidades especiales: _____

Idioma hablado o escrito de preferencia (si no es el inglés): _____

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar su número identificador nacional del proveedor (NPI), ingrese en sharphealthplan.com o llame a Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará uno):		¿Es usted paciente actual de este médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre:	NPI del proveedor:		

Servicios dentales pediátricos
Tenga en cuenta lo siguiente: Los solicitantes menores de 19 años quedarán inscritos automáticamente en un plan dental pediátrico de Delta Dental of California. Para encontrar un dentista de Delta Dental que forme parte de su red, visite deltadentalins.com, use el buscador "Find a Dentist" (Buscar un dentista) y elija un dentista de la red de DeltaCare USA. Debe atenderse con un dentista de la red de DeltaCare USA para poder recibir los beneficios dentales.

DeltaCare USA está asegurado en estos estados por las siguientes entidades: AL: Alpha Dental of Alabama, Inc.; AZ: Alpha Dental of Arizona, Inc.; CA: Delta Dental of California; CO, MA, MI, NC, OK, OR y WA: Dentegra Insurance Company; CT, DC, DE, FL, GA, LA, MS y TN: Delta Dental Insurance Company; ID, KY, MD, MO, NJ, OH y TX: Alpha Dental Programs, Inc.; NY: Delta Dental of New York, Inc.; PA: Delta Dental of Pennsylvania; UT: Alpha Dental of Utah, Inc. Delta Dental Insurance Company es el administrador de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías son financieramente responsables de sus propios productos.

Servicios de la visión pediátricos
Tenga en cuenta lo siguiente: Los solicitantes menores de 19 años quedarán inscritos automáticamente en un plan de la visión pediátrico. Los servicios son brindados por Vision Service Plan (VSP). Para obtener una lista de los oftalmólogos disponibles, ingrese en vsp.com/advantage.

Paso 1b. Padre, madre o tutor legal (si el suscriptor solicitante es menor de 18 años)

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
---------	-----------------------------	-----------

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /	N.º del Seguro Social: - -
---	-------------------------------

Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/de mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/de hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario, ni hombre ni mujer exclusivamente <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	Pronombres: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo
---	---	--	--

Dirección (no se permite apartado postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Dirección de correo electrónico:

Paso 1c. Segundo tutor, cónyuge o pareja doméstica

Complete la siguiente información si quiere agregar a un segundo tutor, cónyuge o pareja doméstica a esta póliza. De lo contrario, continúe con el paso 2.

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /	N.º del Seguro Social: - -	Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica registrada en el estado
---	-------------------------------	--

Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/de mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/de hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario, ni hombre ni mujer exclusivamente <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	Pronombres: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Elige no revelarlo
--	--	---	---

Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el NPI del proveedor, ingrese en sharphealthplan.com o llame a Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará uno): ¿Es usted paciente actual de este médico?

Nombre:	NPI del proveedor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------	--------------------	--

Paso 1d. Dependientes

Complete la siguiente información para cada dependiente adicional, padre/madre o padrastro/madrastra dependientes que cumplan con la definición de familiar calificado. De lo contrario, continúe con el paso 2.

1. Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /	N.º del Seguro Social: - -	Relación con el suscriptor:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro
---	-------------------------------	-----------------------------	---

Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el NPI del proveedor, ingrese en sharphealthplan.com o llame a Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará uno): ¿Es usted paciente actual de este médico?

Nombre:	NPI del proveedor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------	--------------------	--

Paso 1d. Dependientes (continuación)

Complete la siguiente información para cada dependiente adicional, padre/madre o padrastro/madrastra dependientes que cumplan con la definición de familiar calificado. De lo contrario, continúe con el paso 2.

2. Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /	N.º del Seguro Social: - -	Relación con el suscriptor:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro
---	-------------------------------	-----------------------------	---

Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el NPI del proveedor, ingrese en sharphealthplan.com o llame a Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará uno):

Nombre:	NPI del proveedor:	¿Es usted paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------	--------------------	---

3. Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / /	N.º del Seguro Social: - -	Relación con el suscriptor:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro
---	-------------------------------	-----------------------------	---

Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Dirección de correo electrónico:

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el NPI del proveedor, ingrese en sharphealthplan.com o llame a Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002.

Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará uno):

Nombre:	NPI del proveedor:	¿Es usted paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------	--------------------	---

Paso 2. Selección del plan

Cuando seleccione un plan, asegúrese de que el código postal de la zona donde vive forme parte de la red del plan. Ingrese en sharphealthplan.com/networks-by-zip para ver qué códigos postales están incluidos en las redes de los planes. Una vez que haya confirmado su red, debe seleccionar un plan de beneficios de la siguiente lista.

Red Premier		Red Performance	
Nombre del plan	Nivel	Nombre del plan	Nivel
<input type="checkbox"/> Sharp Platinum 90 Premier HMO	Platinum	<input type="checkbox"/> Sharp Platinum 90 Performance HMO	Platinum
<input type="checkbox"/> Sharp Gold 80 Premier HMO	Gold	<input type="checkbox"/> Sharp Gold 80 Performance HMO	Gold
<input type="checkbox"/> Sharp Silver 70 Off Exchange Premier HMO	Silver	<input type="checkbox"/> Sharp Silver 70 Off Exchange Performance HMO	Silver
<input type="checkbox"/> Sharp Bronze 60 HDHP Premier HMO	Bronze	<input type="checkbox"/> Sharp Bronze 60 Performance HMO	Bronze
		<input type="checkbox"/> Sharp Minimum Coverage Performance HMO*	Cobertura mínima

Todos los solicitantes deben presentar prueba de residencia.

Con esta solicitud, se debe presentar prueba de residencia del suscriptor. Si el suscriptor que solicita la cobertura es menor de edad, el padre o la madre, o los tutores legales, deben presentar la prueba de residencia. En caso de maternidad subrogada, se debe presentar prueba de residencia del tutor legal. No se requiere prueba de residencia de la madre sustituta. Para que se apruebe un plan individual o familiar de Sharp Health Plan, debe demostrar que vive en el área de servicio de dicho plan. Debemos recibir su documentación de prueba de residencia dentro de los 10 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud.

- Sharp Health Plan exige dos documentos que indiquen claramente su nombre completo y la dirección en la que reside actualmente.
- Se debe utilizar la documentación más reciente que se tenga para presentarla como prueba de residencia.

Ejemplos de documentos aceptados para demostrar el lugar de residencia: factura de gas, electricidad, agua o Internet; extracto bancario; licencia de conducir de California; contrato de alquiler; expedientes escolares; recibo de sueldo; declaración de impuestos o declaración de impuestos sobre la propiedad.

Es posible que Sharp Health Plan acepte otros tipos de documentos según el caso. No se admitirá documentación manuscrita o vencida.

Además, cada plan tiene asociado un grupo designado de médicos y hospitales, denominado grupo médico del plan (PMG).

El plan de Sharp Health Plan que usted elija determinará los médicos que tiene a su disposición. Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y encontrar el n.º de identificación del proveedor, ingrese en sharphealthplan.com o llame a Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002. Asegúrese de elegir un médico que esté afiliado a la red de Sharp Health Plan del plan de beneficios en el que quiere inscribirse. **Si deja en blanco el espacio para completar el médico de atención primaria (PCP) en el paso 1, Sharp Health Plan le asignará uno automáticamente.**

* Los menores de 30 años pueden inscribirse en planes de cobertura mínima a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. También están disponibles para aquellos a quienes el Gobierno federal les haya otorgado una exención por dificultad financiera o por capacidad económica limitada. Si el solicitante tiene 30 años o más, se debe proporcionar la constancia de exención a Sharp Health Plan para que se procese la solicitud. Visite healthcare.gov si desea más detalles.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

¿Cuál es la fecha de entrada en vigor solicitada para su póliza médica? _____

Hecho calificador para inscribirse fuera del período de inscripción abierta

La solicitud de inscripción se debe enviar dentro de los 60 días de un hecho calificador. Adjunte la prueba del hecho calificador a la solicitud.

Pérdida de cobertura

Matrimonio

Toda la documentación de respaldo requerida y el pago de la prima del primer mes deben enviarse a Sharp Health Plan antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

Nacimiento o adopción

Divorcio

Otro _____

En caso de finalización de la cobertura únicamente para el suscriptor, los dependientes que pretendan conservar la cobertura deberán presentar una nueva solicitud.

El proceso de revisión cumplirá con pautas de evaluación de riesgos, y es posible que se solicite documentación adicional.

Usted empieza a recibir cobertura en su fecha de entrada en vigor

La fecha de entrada en vigor dependerá del tipo de hecho calificador que experimente.

¿Tiene dudas de cómo funciona? Aquí le damos un ejemplo:

Ron perdió su cobertura mínima esencial el 31 de marzo. Luego de haber analizado sus opciones de seguro de salud, Ron envió su solicitud de inscripción especial completa a Sharp Health Plan el 11 de abril. Para que la nueva cobertura de salud de Ron comience el 1.º de mayo, Sharp Health Plan debe recibir la documentación requerida de Ron y el primer pago a más tardar el 30 de abril.

Consulte el cuadro a continuación para saber qué fecha de entrada en vigor corresponde a su situación.

Mi hecho calificador se relaciona con...	Si solicito la inscripción...	Mi cobertura comenzará...
Nacimiento, adopción, colocación en adopción o cuidado tutelar	Cualquier día del mes	En la fecha de nacimiento, adopción, colocación en adopción, cuidado tutelar O el primer día del mes después de su hecho calificador si solicita una fecha de entrada en vigor posterior.
Matrimonio o registro de pareja doméstica	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de recibir su solicitud o formulario de modificación de cuenta.
Padres o padrastros dependientes	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de recibir su solicitud o formulario de modificación de cuenta.
Orden judicial de manutención infantil u otra orden judicial que exija la cobertura de un dependiente	Cualquier día del mes	En la fecha de entrada en vigor de la orden judicial.
Pérdida de la cobertura de atención de salud	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de recibir su solicitud o formulario de modificación de cuenta.
Cambio respecto de los requisitos que se deben cumplir para obtener la cobertura del empleador	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de recibir su solicitud o formulario de modificación de cuenta.
Pérdida de la cobertura mínima esencial debido a la muerte del suscriptor	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de recibir su solicitud o formulario de modificación de cuenta.
Divorcio, separación legal o disolución de pareja doméstica	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de recibir su solicitud o formulario de modificación de cuenta.
Terminación de un plan que no se ajusta al año calendario	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de que recibamos su solicitud.
Acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (ICHRA) o acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (QSEHRA)	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de recibir su solicitud o formulario de modificación de cuenta.
Pagó la multa por no tener cobertura de salud	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de recibir su solicitud o formulario de modificación de cuenta.
Comenzó a reunir los requisitos para el estipendio como conductor de servicio de transporte vía aplicación	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de recibir su solicitud o formulario de modificación de cuenta.
Todos los demás hechos calificadores	Entre el 1.º y el 15 del mes	El primer día del mes posterior.
	Entre el 16 y el último día del mes	El primer día del segundo mes posterior.

Paso 3. Corredor de seguros, agente o miembro del personal

¿Fue asistido por un corredor de seguros, agente o miembro del personal? Sí No

Si un corredor de seguros, agente o miembro del personal de Sharp Health Plan le brindó ayuda con esta solicitud, asegúrese de que esa persona complete esta sección. De lo contrario, continúe con el paso 4.

Nombre del corredor de seguros, agente o miembro del personal:

Nombre de la agencia:

Número de licencia:

Aviso para el corredor de seguros, agente o miembro del personal: Si ayudó al solicitante a presentar este formulario, las leyes le exigen que dé fe de ello. Si declara cualquier hecho pertinente sabiendo que es falso, usted queda sujeto a una sanción civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), según lo autorizado por el Gobierno federal y conforme a la sección 1389.8(c) del Código de Salud y Seguridad o a la sección 10119.3. del Código de Seguros.

Seleccione una opción:

- Ayudé al solicitante a presentar este formulario. A mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es completa y exacta. Explicué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo que corre al brindar información inexacta, y el solicitante entendió la explicación.
- De ninguna manera ayudé al solicitante a completar o presentar este formulario. Toda la información fue completada por el solicitante sin recibir asistencia ni asesoramiento de mi parte.

Firma del corredor de seguros, agente o miembro del personal:

Fecha:

x

Paso 4. Divulgaciones y firmas

Lea la siguiente información detenidamente. Guarde una copia de esta solicitud a modo de registro.

Divulgaciones sobre servicios dentales

Entiendo que, si manifesté que la cobertura de Sharp Health Plan debe brindarse únicamente al hijo dependiente que figura en este formulario, soy responsable del pago de la prima correspondiente y del cumplimiento de todas las disposiciones y condiciones del formulario de divulgación/contrato.

DERECHO AL REEMBOLSO: Yo, en nombre de los dependientes indicados en esta solicitud de inscripción, acepto por la presente que en el caso de que otra parte tenga la responsabilidad primaria de pagar algún servicio dental que yo reciba o que se brinde a mis dependientes cubiertos por Delta Dental of California debido a otra cobertura dental, informaré plenamente a Delta Dental of California y ejecutaré dichas asignaciones, gravámenes y otros documentos que sean necesarios para que Delta Dental of California pueda recuperar el valor de los servicios y suministros brindados.

AVISO: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.

Divulgaciones de Sharp Health Plan

- Yo soy el único responsable de la precisión e integridad de la información proporcionada en esta solicitud. He revisado personalmente toda la información brindada en esta solicitud, incluso si no la completé yo mismo. A mi leal saber y entender, toda la información en esta solicitud es completa, exacta y verdadera. Si Sharp Health Plan determina que existe fraude (por acto, conducta u omisión) o una tergiversación intencional de hechos pertinentes en la información de esta solicitud, entiendo que se puede rescindir la cobertura según lo permitido por la ley.
- Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.
- De acuerdo con los requisitos de divulgación del Código de Salud y Seguridad de California, sección 1363 (h), le informamos que la proporción de gastos de atención de salud de Sharp Health Plan sobre las primas recibidas durante el último año fiscal con respecto a los planes individuales y familiares de Sharp Health Plan fue del 86.0 %.
- Las comisiones de compensación de los corredores de seguros de Sharp Health Plan programadas para 2025 son del 5 % de la prima para las inscripciones iniciales y del 4 % de la prima para las renovaciones. Este monto se basa en la prima bruta e incluye la consideración de la compensación directa e indirecta.

(continúa en la siguiente página)

Paso 4. Divulgación y firmas (continuación)

- Entiendo que Sharp Health Plan puede someterme a una auditoría, donde tendré que brindar pruebas de residencia, de la fecha de nacimiento y de que mis dependientes cumplen con los requisitos (si corresponde). También entiendo que debo brindar a Sharp Health Plan toda información nueva que surja después de presentar esta solicitud, pero antes de que comience mi inscripción en Sharp Health Plan.
- Entiendo que este plan solo cubrirá servicios brindados mediante la red de proveedores y centros de mi plan, a menos que reciba la previa autorización por escrito de Sharp Health Plan o que los servicios se brinden en calidad de atención de emergencia o atención de urgencia fuera del área.
- Si en el paso 1 indiqué que tengo un idioma de preferencia que no es el inglés y he completado la versión en inglés de esta solicitud (o una versión que no está en mi idioma de preferencia), confirmo que entiendo las preguntas de este formulario.
- Entiendo que las leyes de California prohíben a los planes de atención de salud solicitar o utilizar pruebas de VIH como condición para obtener cobertura.
- Según el nivel de ingresos y el tamaño del grupo familiar, entiendo que podría reunir los requisitos para recibir asistencia financiera con el pago de mi cobertura de salud si la adquiero a través de Covered California. Los planes de beneficios de Sharp Health Plan están disponibles a través de Covered California. Debo inscribirme durante un período de inscripción abierta o especial. El período de inscripción abierta se extiende desde el 1.º de noviembre hasta el 31 de enero. Sin embargo, entiendo que para que la cobertura empiece el 1.º de enero, debo presentar la solicitud a más tardar el 15 de diciembre del anterior año calendario. Si se produce un cambio en mi vida, como matrimonio, divorcio, nacimiento o pérdida del empleo, puedo inscribirme en el momento en que se produce el cambio ("período de inscripción especial").
- Entiendo que tengo el derecho a utilizar el proceso de resolución de disputas internas de Sharp Health Plan en caso de que surja cualquier disputa o controversia con respecto a la aplicación, la interpretación o al incumplimiento del acuerdo entre Sharp Health Plan y mi persona (o cualquier dependiente inscrito), ya sea que surja del contrato, fuera del contrato o de otro modo. Si no estoy conforme con el resultado del proceso de resolución de disputas, entiendo que tengo derecho a un arbitraje vinculante voluntario, lo que constituye el paso final para la resolución de quejas. A partir de la recepción del pedido de arbitraje, Sharp Health Plan se compromete a utilizar un árbitro neutral de una entidad pertinente. El arbitraje se llevará a cabo en conformidad con las normas y regulaciones de la entidad elegida.
- Sharp Health Plan ofrece una protección de la privacidad que administra el acceso y el uso de los datos sobre raza, etnia e idioma (REAL) y sobre orientación sexual e identidad de género (SOGI). Sharp Health Plan utilizará los datos para abordar las disparidades y centrar los esfuerzos de mejora de la calidad para brindar servicios adecuados en relación con REAL, SOGI y discapacidad. El uso no autorizado de estos datos incluye su utilización para la evaluación de riesgos y denegación de cobertura y beneficios.
- El abajo firmante consiente y acepta expresamente que Sharp Health Plan, sus socios comerciales y otros terceros, incluidos los cobradores de deudas, envíen a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que proporcione comunicaciones electrónicas periódicas para cualquier fin lícito, incluidos fines comerciales o de *marketing* de rutina. Los mensajes pueden enviarse por SMS, correo electrónico, sistemas de marcación telefónica automática, mensajes pregrabados o llamadas en vivo con un operador. La frecuencia de los mensajes variará. Se aplican tarifas de mensajes y datos. El abajo firmante puede optar por no recibir más comunicaciones electrónicas automatizadas en cualquier momento. Para hacerlo, debe enviar un mensaje de texto con la palabra "STOP" o llamar al 1-800-827-4277. El hecho de que el abajo firmante acepte recibir estos mensajes no afectará en modo alguno la atención ni la cobertura. Visite sharphealthplan.com/terms para consultar los términos de uso completos.

Aviso del Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud

- Si usted o su padre/madre o padrastro/madrastra dependientes reúnen los requisitos para obtener Medicare o están inscritos en dicha cobertura, deben recibir información sobre sus opciones y derechos específicos y comprenderla antes de inscribirse. El Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) ofrece asesoramiento gratuito sobre seguros a los adultos mayores que residen en California.
 - Teléfono del programa HICAP en todo el estado: 1-800-434-0222
 - Programa HICAP local:
Dirección: 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego, CA 92123
Teléfono: 1-858-565-8772

Suscriptor (padre/madre o tutor legal si el suscriptor es menor de 18 años)

Nombre:	Firma: x	Fecha:
---------	-----------------	--------

Aviso sobre no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por ninguno de los motivos antes mencionados.

Sharp Health Plan brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) sin cargo.
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-359-2002.

Si cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una reclamación ante nuestro coordinador de derechos civiles por los siguientes medios:

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department, 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-800-359-2002 (TTY: 711). Fax: 1-619-740-8572

Puede tramitar una reclamación personalmente, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamación o apelación en el sitio web de Sharp Health Plan, sharphealthplan.com. Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002. También puede presentar una queja por discriminación si existe una cuestión discriminatoria por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede presentarla de manera electrónica, mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. También puede hacerlo por correo o por teléfono: U. S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si su reclamación no fue resuelta satisfactoriamente por Sharp Health Plan o su reclamación ha permanecido sin resolverse durante más de treinta (30) días, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada para recibir asistencia de manera gratuita a los siguientes números:

- 1-888-466-2219 (voz).
- 1-877-688-9891 (TDD)

En el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada, encontrará formularios de queja e instrucciones: www.dmhc.ca.gov.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder hacerlo, le ofrecemos nuestra ayuda. Además, puede recibir esta carta en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo a Sharp Health Plan, al 1-858-499-8300 o al 1-800-359-2002.

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call Sharp Health Plan right away at 1-858-499-8300 or 1-800-359-2002.

Servicios de asistencia en idiomas

Inglés:

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-359-2002 (TTY:711).

Español:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-359-2002 (TTY: 711).

繁體中文 (chino):

注意：如果 使用繁體中文， 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-359-2002 (TTY:711)。

Tiếng Việt (vietnamita):

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-359-2002 (TTY: 711).

Tagalog (tagalo, filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-359-2002 (TTY: 711).

한국어 (coreano):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-359-2002 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (armenio):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-800-359-2002 (TTY (հեռատիպ)՝ 711).

فارسی (farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY:711) 1-800-359-2002 تماس بگیرید.

Русский (ruso):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-359-2002 (телетайп: 711).

日本語 (japonés):

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-359-2002 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (árabe):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-359-2002 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (panyabí):

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-359-2002 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (mon-jemer, camboyano):

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-359-2002 (TTY:711)។

Hmoob (hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-359-2002 (TTY: 711).

हिंदी (hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-359-2002 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (tailandés):

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-359-2002 (TTY: 711).