

Solicitud de inscripción de Ryan White: Servicios Dentales Secundarios

Servicios Dentales Secundarios es para individuos con seguro médico pero sin seguro dental. **Las personas sin seguro médico deben inscribirse en Atención Primaria de Ryan White utilizando el formulario RW-1.** Se aprueba el registro de clientes solo si envían este formulario completamente lleno con la documentación de respaldo requerida.

IMPRIMIR

Apellido		Primer nombre		Inicial	Seguro Social #	Apellido de soltera de la madre	
Fecha de nacim.	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> MaF <input type="checkbox"/> FaM		Su vivienda: <input type="checkbox"/> Renta; <input type="checkbox"/> Propia; <input type="checkbox"/> Cuarto de alquiler; <input type="checkbox"/> Vive con fam./amigos; <input type="checkbox"/> Inst. de Tratamiento Abuso de Sustancias; <input type="checkbox"/> Casa grupal con asistencia; <input type="checkbox"/> Sin vivienda				
¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí; <input type="checkbox"/> No		Raza: <input type="checkbox"/> Blanca; <input type="checkbox"/> Negra; <input type="checkbox"/> Asiática; <input type="checkbox"/> India americana/nativa de Alaska; <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico; Otra: _____					
Dirección de donde vive					Ciudad		
Código postal	Condado	Número de teléfono () -		Ingreso mensual bruto \$	# de personas en declaración de impuestos		
VIH/SIDA: <input type="checkbox"/> VIH positivo, etapa de la enfermedad desconocida; <input type="checkbox"/> VIH positivo, asintomático; <input type="checkbox"/> VIH positivo sintomático, no SIDA; <input type="checkbox"/> VIH positivo, incapacitante; <input type="checkbox"/> SIDA definido por los CDC; <input type="checkbox"/> SIDA incapacitante					Año de su diagnóstico		
Documentación de su VIH/SIDA: <input type="checkbox"/> Carta de diagnóstico; <input type="checkbox"/> Expediente clínico; <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio							

1. Otra cobertura/seguro

a. ¿El cliente actualmente tiene cobertura de Medi-Cal (Denti-Cal) o seguro dental? Sí No (Si "No" vaya a 1d)

b. Si 1a es "Sí", nombre de la aseguradora: _____ Vence: _____

Miembro # _____

Copie ambos lados de la tarjeta de seguro y adjúntela a esta solicitud.

c. Si 1a es "Sí", ¿este procedimiento está cubierto por Denti-Cal o el seguro médico? Sí No

Si 1c es "Sí", PARE; la persona no califica para Servicios Dentales Secundarios para este procedimiento.

Si 1c es "No", **adjunte el aviso de rechazo de la aseguradora** (no es necesario para Denti-Cal).

d. Aseguradora médica/cobertura _____

Miembro # _____ Fecha final _____

Copie ambos lados de la tarjeta del seguro y consérvela con esta solicitud.

2. Elegibilidad (Los siguientes son los requisitos del programa; indique que se completó con una marca de verificación antes de enviar por fax este formulario a UnitedHealthcare).

La respuesta de 1a es "No" y 1d se ha completado o 1a es "Sí" y 1c es "No":

Se ha proporcionado documentación sobre su VIH/SIDA y se adjuntó una copia a esta solicitud.

El solicitante ha firmado el Formulario ARIES de consentimiento del cliente y se adjuntó una copia a esta solicitud.

El solicitante ha proporcionado su tarjeta de seguro y una copia se ha adjuntado a esta solicitud.

El solicitante ha proporcionado una carta de rechazo y se ha adjuntado una copia a esta solicitud.

Toda la información en este formulario es precisa según mi leal saber y entender.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Miembro del personal que llena este formulario: _____

Agencia o clínica

Nombre y título

Número de teléfono

Presente esta solicitud completa y el aviso de rechazo (si corresponde) a UnitedHealthcare por fax, al (855) 394-7927

RW-SD-1 (4/17)