

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		
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				
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: _____

Nombre y título

() _____

Número de teléfono

Agencia o clínica

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