



Oficina de VIH/SIDA de Nevada

Programa Ryan White Parte B (RWPB)

Formulario de inscripción al seguro dental

Proceso de inscripción:

Los formularios de inscripción al seguro dental completos deben cargarse en CAREWare Parte B. Si no puede cargar la solicitud directamente, envíe el formulario completo a su organización asociada. (Consulte la [Guía de Ryan White Parte B 19-08A](#) para más detalles).

Tenga en cuenta: Los clientes actuales no necesitan esperar para que su Período de tiempo se actualice en el sistema Liberty Dental. Solo los clientes recién inscritos o que regresan a la atención deben seguir las reglas con respecto a la fecha de envío que se detalla a continuación.

- Las inscripciones nuevas y de regreso al sistema de atención que se envíen **antes** del 20^o del mes tendrán como fecha de inicio el primer (1) día del mes siguiente.
- Las inscripciones nuevas y de regreso al sistema de atención que se envíen **después** el 20 del mes tendrá como fecha de inicio el primer (1) día del segundo mes siguiente.
 - Por ejemplo: Las nuevas solicitudes presentadas antes del 20 de enero tendrán como fecha de inicio el 1 de febrero, las nuevas solicitudes presentadas después del 20 de enero tendrá como fecha de inicio el 1 de marzo.
- Los clientes inscritos recibirán sus tarjetas de seguro dental por correo postal de EE. UU.

Emergencias dentales:

Si se necesitan servicios dentales de emergencia (según se define en este enlace) <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/dental+emergency>), asegúrese de marcar la casilla correspondiente a **Solicitud de emergencia dental** en el formulario a continuación y escriba "**Solicitud de seguro de emergencia dental**" en la línea de asunto del correo electrónico. Las solicitudes de emergencia se atenderán en un plazo de dos (2) días hábiles. Tenga en cuenta que RWPB es el pagador de último recurso y cualquier otro seguro dental se facturará primero.

Este formulario es parte del paquete de elegibilidad y debe cargarse en CAREWare.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:					
Elegibilidad actual para Ryan White		Fecha de inicio:		Fecha de finalización:	
Nombre del especialista en elegibilidad:			Número de teléfono directo:		
Elegibilidad para Liberty Dental		Fecha de inicio:		Fecha de finalización:	
Apellido legal del cliente:		Nombre legal del cliente:		Género:	
URN:		Solicitud de emergencia dental (ver nota anterior): ☐ Sí			
Fecha de nacimiento:			Número de teléfono:		
Preferencia de idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro:			SSN o TIN*:		
Domicilio:			Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección postal** (si es diferente a la residencial):			Ciudad:	Estado:	Código Postal:

*La información del SSN no se utiliza para determinar la elegibilidad. Se utiliza para verificar información de Medicaid u otro seguro médico.

**La información del seguro se enviará por correo a la dirección postal indicada.

Marque todas las casillas a continuación para indicar que entiende y acepta los siguientes requisitos del programa:

- ☐ Entiendo que para recibir servicios dentales completaré mi certificación y recertificación anual en el plazo establecido por el Programa Ryan White a fin de seguir siendo elegible para recibir servicios dentales.
- ☐ Entiendo que para recibir servicios dentales debo tener un (1) servicio de prevención dental cada seis (6) meses.
- ☐ Entiendo que no recibir un (1) servicio de prevención dental cada seis (6) meses puede dar lugar a la interrupción de los servicios dentales.
- ☐ Entiendo completamente que al completar este formulario, estoy divulgando información personal que se utilizará para ayudarme con las prestaciones asociadas con el Programa Ryan White Parte B de Nevada.
- ☐ Entiendo que esta información se mantendrá confidencial, pero el personal la utilizará para revisar mi elegibilidad para este programa.
- ☐ Entiendo completamente que al firmar este formulario, es mi responsabilidad asegurarme de que todos los procedimientos estén cubiertos antes de completarlos o puedo ser responsable de todos los costos asociados con el procedimiento no cubierto.
- ☐ Entiendo completamente que al firmar este formulario, tengo derecho a solicitar una carta de aprobación previa para todos los procedimientos a fin de garantizar la cobertura.

Firma del cliente:

Fecha: