

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DENTAL COMPLETO DEL 2026

Su plan ya incluye un plan dental básico para los servicios preventivos sin costarle nada.

Favor de llenar este formulario para **agregar** el plan dental completo opcional por:

- \$29.30 al mes para los planes de Presbyterian Senior Care (HMO)

Su cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente, a partir de la fecha en que Presbyterian reciba su formulario.

Apellido, primer nombre, e inicial del segundo nombre del asegurado:		Fecha:
Fecha de nacimiento:	Número del asegurado:	Número de teléfono:

PARA PAGAR LA PRIMA DE SU PLAN DENTAL

Favor de seleccionar una opción de pago para la prima:

Se agregará la prima del plan dental completo a su prima mensual del plan de seguro médico. Tanto la prima de su plan dental como la de su plan de seguro médico se tienen que pagar con la misma opción de pago.

Si no selecciona una opción de pago, su prima dental se pagará con la misma opción de pago que tenemos archivada para su plan de seguro médico, excluyendo la retención de primas del Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés). Si no tenemos registrada ninguna opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Favor de fijarse bien: Si quiere utilizar la Transferencia Electrónica de Fondos o una tarjeta de crédito pero no quiere aportar sus datos de pago en ese formulario, favor de llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al número que se encuentra al dorso de su tarjeta de asegurado **después de su fecha de vigencia** para establecer el pago.

<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica de Fondos [EFT por sus siglas en inglés] de su cuenta bancaria cada mes. Favor de adjuntar un cheque CANCELADO o proporcionar lo siguiente:		
Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros	Nombre del titular de la cuenta:	
Código de identificación bancaria [routing number]:	Número de la cuenta bancaria:	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover	Fecha de vencimiento:
Nombre del titular de la cuenta, así como aparece en la tarjeta:	Número de la cuenta:	
<input type="checkbox"/> Deducción automática de su cheque mensual de prestaciones de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario [RRB].		
Recibo prestaciones mensuales de: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Junta de Retiro Ferroviario Pudiera llevar dos meses o más para que entre en vigor la deducción de Seguro Social, a partir de la fecha en que el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario acepte su solicitud de deducción automática. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario aceptaran su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de prestaciones del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario incluirá todas las primas que se deban, a partir de la fecha de vigencia de su inscripción hasta la fecha en que se empiece a retener la cantidad de dicho cheque. Si el Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario no aprobaran su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales.		

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DENTAL COMPLETO DEL 2026

ATESTACIÓN

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que está autorizada para actuar legalmente en mi nombre) en esta solicitud quiere decir que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si la firma una persona autorizada (según se describe más arriba), dicha firma certifica que:

- 1) esa persona está autorizada, conforme a la ley estatal, para llevar a cabo esta inscripción y
- 2) la documentación de dicha autorización está a la disposición del Programa Medicare, bajo solicitud

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y llene estos espacios:

Nombre:	Dirección:
---------	------------

Número de teléfono:	Relación o parentesco con el inscrito:
---------------------	--

Favor de enviar el formulario rellenado por correo o fax a:



Correo:
Presbyterian Health Plan
P.O. Box 27489
Albuquerque, NM 87125-7489



Fax:
(505) 923-5385
Attn: Enrollment

Solo para uso administrativo:

Name of staff member/agent/broker:

Broker NPN: _____

Did staff member educate/assist in enrollment: Yes No

Telephonic Date/Time: _____ Confirmation number: _____

In person Date/Time: _____

Method: Drop off ANOC Sales Seminar

Effective Date of Coverage: _____