



Dental
Health
Services

TripleChoicePlan

EXCLUSIVE DENTAL PACKAGES

New Enrollment Form

Change Form

(check one)

1. Dental Benefit Selected:

Plan: Gold Silver Bronze

2. Vision Plan Center:

Dental Office Selection:

Effective Date		Company Name		Group #
Social Security Number		Birthdate		Marital Status <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed
Last Name		First Name		MI
Address		City		Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
State		Zip		Date of Hire
Home Phone		Work Phone		Hours Worked [weekly excluding overtime]
Spouse		Birthdate	Sex	Dental Office #
Dependent		Birthdate	Sex	Dental Office #
Dependent		Birthdate	Sex	Dental Office #
Dependent		Birthdate	Sex	Dental Office #
Dependent		Birthdate	Sex	Dental Office #
Dependent		Birthdate	Sex	Dental Office #
<p>I hereby authorize coverage and authorize payroll deductions (if applicable) from my earnings for any contributions required for a minimum of one year. Authorization is granted to release my patient history to Dental Health Services, consulting health professional or other entity designated or approved by Dental Health Services for the purpose of certifying, purchasing, providing, evaluating, or administering benefits. This authorization remains in effect until revoked by me in writing. If I do not select and indicate a dental and/or vision center above, they will be automatically assigned to me.</p>				
Signature		Date		
<p>Review</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Is the enrollment form complete? 2. If you selected the Prepaid option, did you select a provider from the Provider Directory and indicate their Provider number? 3. Did you sign and date the enrollment form? 4. All of your dependents must be under 19 years of age or under 23 years of age if they are a full time student. 5. If you need assistance, please call 800.63.SMILE. 6. Return this form to your benefits administrator or your human resources department. 				



Dental
Health
Services

TripleChoicePlan

EXCLUSIVE DENTAL PACKAGES

Nueva Inscripcion

Cambio

1. Seleccion de su plan

Plan: Gold Silver Bronze

Numero de dentista:

2. Centro de visión:

Fecha Efectiva		Nombre de la Compania		Numero de Grupo
Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Estado de Matrimonio <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Apellido	Nombre	IM	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Direccion		Ciudad		Fecha de Empleo
Estado		Codigo Postal		Horas de Trabajo [por semana sin horas extraordinarias]
Numero de Telefono de Casa		Numero de Telefono de Trabajo		Escoge de Cobertura <input type="checkbox"/> Escoge <input type="checkbox"/> Declino Escoge de dependienta <input type="checkbox"/> Escoge <input type="checkbox"/> Declino
Conyuge	Fecha de Nacimiento	Sexo	Numero de Dentista	
Por favor indique el idioma preferido de usted y sus dependients:				
Conyuge	Fecha de Nacimiento	Sexo	Numero de Dentista	
Conyuge	Fecha de Nacimiento	Sexo	Numero de Dentista	
Conyuge	Fecha de Nacimiento	Sexo	Numero de Dentista	
Conyuge	Fecha de Nacimiento	Sexo	Numero de Dentista	
<p>En representacion de mi mismo y mis dependientes elegibles, por la presente solicito cobertura que he indicado de Dental Health Services (DHS) que me fuera ofrecido a traves de mi empleador. Apruebo las deducciones en la nomina (si aplica) de mi salario para la contribucion adecuada por el minimo de uno ano. Apruebo dar la autorizacion para conceder informacion relacionada con mi historia medica a DHS, consultante profesional medica u otra entidad por DHS para el proposito de certificar, evaluar, O administrar beneficios. Esta autorizacion es efectiva hasta que sea revocada por mi escrito.</p>				
Firma de Empleado		Fecha		
X				

Revision

1. Completo el formulario de inscripcion?
2. Si selecciono la opcion de plan prepagado, escogio un dentista del la guia del proveedor y indico su numero del proveedor?
3. Firmo y puse la fecha en su forma de inscripcion?
4. Dependientes elegibles deberan de ser menores de 19 anos o 19 a 23 si son estudiantes de tiempo completo.
5. Si necesita ayuda, llame por favor 800.63.SMILE.
6. Devuelva este formulario a su administrador de beneficios o a el departamento de recursos humanos.