

# Fair Treatment Notice

SelectHealth complies with Federal civil rights laws. We do not discriminate or treat you differently because of your race, color, national origin, age, disability, or sex.

We provide free:

- > Aid to those with disabilities to help them communicate with us, such as sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, electronic formats, other).
- > Language help for those whose first language is not English, such as Interpreters and member materials written in other languages.

For help, call SelectHealth Member Services at **1-800-538-5038** (TTY Users: 711)

If you feel you've been treated unfairly, call SelectHealth 504/Civil Rights Coordinator at **1-844-208-9012** (TTY Users: 711) or the Compliance Hotline at **1-800-442-4845** (TTY Users: 711). You may also call the Office for Civil Rights at **1-800-368-1019** (TTY Users: **1-800-537-7697**).

## Language Access Services

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a SelectHealth: **1-800-538-5038**.

**注意:** 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 SelectHealth: **1-800-538-5038**。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số SelectHealth: **1-800-538-5038**.

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. SelectHealth: **1-800-538-5038**.

번으로 전화해 주십시오.

**Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'de'ę', t'áá jiik'eh, éí ná hółq', kojí' hódíílnih SelectHealth: **1-800-538-5038**.

**ध्यान दनुहोस्:** तपाइंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपाइंको नमितिभाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । SelectHealth: **1-800-538-5038** मा फोन गर्नुहोस्।

**FAKATOKANGA'I:** Kapau 'oku ke lea fakatonga, ko e kau fakatonu lea te nau tokoni atu ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. Telefoni ki he SelectHealth: **1-800-538-5038**.

**ОБАВЕШТЕЊЕ:** Ако говорите српски језик, услуге језичке помоћи доступне су вам бесплатно. Позовите SelectHealth: **1-800-538-5038**.

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa SelectHealth: **1-800-538-5038**.

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: SelectHealth: **1-800-538-5038**.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните SelectHealth: **1-800-538-5038**

تدعاسملا تامدخ نإف، ةيبرعلا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم  
ةكشرشب ل لصتا. ن اجملاب كل رفاوتت ةيوعلل  
SelectHealth: **1-800-538-5038**.

**សម្គាល់:** បីសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ  
ស្រីវ៉ាជំនួយជូនកុំភាសា ជាយមិនគិតថ្លៃ  
គម្រោងមានសរាប់ អ្នកក៏ សូមទូរស័ព្ទមក  
SelectHealth: **1-800-538-5038** ។

**ATTENTION :** si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez SelectHealth: **1-800-538-5038**.

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。SelectHealth: **1-800-538-5038**。まで、お電話にてご連絡ください。

## Formulario de solicitud suplementario para planes individuales de Utah

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ # de Seguro Social O Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(uso interno solamente)

### A. INFORMACIÓN DE PLAN MÉDICO

Seleccione una red, luego uno de los siguientes planes, incluida cualquier opción de beneficios asociada.

Opciones de la red

SelectHealth Value

SelectHealth Med

Para obtener más información, visite [selecthealth.org/individualplans](http://selecthealth.org/individualplans).

#### PLANES SELECTHEALTH®

##### PLANES SIN DEDUCIBLE PARA UN CUIDADO DE URGENCIA Y TODAS LAS VISITAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Se exonera el deducible para un cuidado de urgencia y todas las visitas PCP por año y cada una de estas visitas están sujetas a un co-pago únicamente.

- Plan Bronze 7600** - Sin deducible para un cuidado de urgencia y todas las visitas PCP - \$7.600 en deducibles médicos (\$1.500 en deducibles para prescripciones)
- Plan con co-pago ampliado Bronze 4800** - Sin deducible para un cuidado de urgencia y todas las visitas PCP - \$4.800 en deducibles médicos (\$2.500 en deducibles para prescripciones)

##### PLANES SIN DEDUCIBLE PARA VISITAS AL CONSULTORIO

El deducible se exonera (solo aplica el co-pago) para todas las visitas al consultorio y pruebas de diagnóstico menores.

- Plan ampliado Bronze 7900** - Sin deducible para visitas al consultorio - \$7.900 en deducible combinado para gastos médicos y para prescripciones
- Plan con co-pago Silver 4000** - Sin deducible para visitas al consultorio - \$4.000 en deducibles médicos (\$2.500 en deducibles para prescripciones)
- Plan Silver 2700** - Sin deducible para visitas al consultorio - \$2.700 en deducibles médicos (\$1.000 en deducibles para prescripciones)
- Plan Silver 2600 (Off-Exchange solamente)** - Sin deducible para visitas al consultorio - \$2.600 en deducibles médicos (\$1.000 en deducibles para prescripciones)
- Plan Gold 1500** - Sin deducible para visitas al consultorio - \$1.500 en deducibles médicos (\$500 en deducibles para prescripciones)

##### PLAN TRADICIONAL CON DEDUCIBLE

El deducible aplica a todos los cuidados cubierto, excepto la atención preventiva que está cubierto sin cargo para todos los planes.

- Plan Silver 2100** - \$2.100 en deducibles médicos (\$1.000 en deducibles para prescripciones)

##### PLANES DE REFERENCIA

El deducible aplica a todos los cuidados cubiertos, excepto la atención preventiva y estos planes solo cubren los Beneficios de Salud Esenciales exigidos por la Ley del Cuidado de Salud Asequible.

- Plan de referencia Bronze 7900** - \$7.900 en deducible combinado para gastos médicos y para prescripciones
- Plan de referencia Bronze 6600** - \$6.600 en deducibles médicos (\$1.000 en deducibles para prescripciones)
- Plan de referencia ampliado Bronze 2850** - \$2.850 en deducibles médicos (\$1.000 en deducibles para prescripciones)
- Plan de referencia Silver 2500** - \$2.500 en deducibles médicos (\$1.250 en deducibles para prescripciones)

#### SELECTHEALTH HEALTHSAVE®

##### CALIFICA PARA HSA\*

El deducible aplica a todos los cuidados cubiertos, excepto la atención preventiva.

- Plan HealthSave Bronze 6750 (Califica para HSA)** - \$6.750 en deducible combinado para gastos médicos y de prescripción
- Plan ampliado HealthSave Bronze 3600 (Califica para HSA)** - \$3.600 en deducible combinado para gastos médicos y de prescripción
- Plan HealthSave Silver 3250 (Califica para HSA)** - \$3.250 en deducible combinado para gastos médicos y de prescripción

SelectHealth diseñó los planes HealthSave<sup>SM</sup> para cumplir con los requisitos de un Plan de salud con un deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) según la ley federal (Sección 223 del Código Interno de Ingresos). Sin embargo, SelectHealth no hace representaciones o garantías sobre la adecuación legal de esta cobertura como un plan elegible para la Cuenta de Ahorros para Salud (HSA, por sus siglas en inglés). SelectHealth no es responsable por ningún problema relacionado con su uso de la cobertura en conjunto con una HSA, que incluyen sin limitación, su cumplimiento con los requisitos del Código de Ingresos Internos.

\* Los planes que califican para una HSA tienen un requisito de deducible mínimo. Algunos planes de Reducción de costo compartido (CSR, por sus siglas en inglés) no cumplen ese requisito.

##### PROVEEDOR DE HSA

El proveedor preferido de HSA de Select Health es HealthEquity®. Se establecerá una HSA para usted con HealthEquity si elige un HDHP a menos que usted se excluya de esta opción (consulte las opciones a continuación). Se incluye un cargo administrativo en su prima ya se que elija o no usar el vendedor preferido para HSA. Como con la mayoría de los vendedores de HSA, se le cobrará una tarifa nominal si decide cerrar la cuenta una vez que se haya establecido.

##### Exclusión de HSA con HealthEquity

- No tengo planes de abrir una HSA o planeo usar otro administrador.**

#### PLAN CATASTRÓFICO

Los planes catastróficos están disponibles para las personas que tienen menos de 30 años o aquellos que califican para una exención por dificultades. *Deducible exonerado para las primeras tres PCP, Intermountain KidsCare<sup>SM</sup>, y visitas al consultorio de salud mental combinadas por persona y por año calendario.*

- Plan Catastrophic 7900** - \$7.900 en deducible combinado para gastos médicos y para prescripciones

### B. INFORMACIÓN DEL PLAN SELECTHEALTH DENTAL®

#### PLANES TRADICIONALES

Elija una red y luego elija uno de los planes continuación.

Opciones de red  Classic  Prime\*  Fundamental\*

Select **one** plan option.

Incluye un deducible dental de \$50/\$150  \$750 máximo anual  \$1.000 máximo anual  \$1.500 máximo anual

Añadir beneficios de proveedores no participantes

\*Solo disponible en los condados de Salt Lake, Davis, Weber y Utah.

Una póliza dental solo proporciona beneficios dentales. Revise su póliza detenidamente.

## Formulario de selección de pago para planes individuales

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ # de seguro social del solicitante o fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(uso interno solamente)

### A. ELECCIÓN DE MÉTODO DE PAGO

Por favor, elija un método de pago para su prima mensual. SelectHealth® aceptará pagos de primas de terceros solamente cuando lo exijan las leyes estatales o federales. Por favor solo presente información de la cuenta personal.

Retiro bancario preautorizado

(Complete la sección "B.")

Facturación y pago en línea

(Complete la sección "C.")

### B. RETIRO BANCARIO PREAUTORIZADO

Si selecciona este método de pago para su prima mensual, su pago se descontará automáticamente todos los meses desde su cuenta de cheques/ahorro. Por favor, complete la información a continuación.

Autorizo a SelectHealth para que inicie retiros de mi  Cuenta corriente  Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_

Institución financiera \_\_\_\_\_ # de ruta y tránsito \_\_\_\_\_

Entiendo que los retiros de débito se enviarán a mi cuenta el día 10 de cada mes o alrededor de esa fecha, independientemente de la fecha de vigencia de la póliza. Entiendo que se aplicará un **cargo de servicio de \$25.00** si el monto de la prima no se puede deducir de mi cuenta por cualquier motivo.

Firma del titular de la cuenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### RETIRO BANCARIO PREAUTORIZADO

#### Adjuntar cheque cobrado aquí

No use una hoja de depósito para transferir dinero de su cuenta de cheques.  
Las hojas de depósito no siempre contienen la información necesaria de ruta y tránsito.

# de cheque

00 1099

# de ruta y tránsito

1 2400494 1

Cuenta #

18 3940 19 23

### C. FACTURACIÓN Y PAGO EN LÍNEA

Una vez que reciba una notificación de que su solicitud ha sido aprobada, por favor llámenos al **844-442-4106** para hacer su primer pago del mes. Después de su primer pago, todos los estados de cuenta mensuales serán enviados por correo electrónico. Los correos con los extractos lo dirigirán al sitio web donde puede pagar en línea con una tarjeta débito o crédito. Los pagos de las primas se vencen el primer día de cada mes.

## Lista de verificación de la solicitud

### ANTES DE PRESENTAR SUS FORMULARIOS DE SOLICITUD, RECUERDE:

---

- Complete y firme el Formulario de solicitud de seguro médico individual de Utah**
- Completar el formulario de solicitud de planes individuales complementarios de Utah**
- Firme el Formulario de selección de pago**
- O visítenos en [selecthealth.org](https://selecthealth.org) para hacer la solicitud en línea**

## Lista de verificación de la solicitud

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Seguro Social del solicitante o fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Es usted:**  ¿Un nuevo solicitante?  Está agregando dependientes?  Cambiando un plan existente?

Si se está inscribiendo fuera del período anual de inscripción abierta o está añadiendo dependientes, ¿cuál es el motivo?  
(es posible que se requiera documentación)

- Pérdida de cobertura del plan de salud
- Pérdida de cobertura del plan de salud como resultado de un divorcio
- Mudanza permanente que proporciona acceso a un nuevo plan de salud
- Nacimiento o adopción
- Matrimonio
- Orden judicial
- Pérdida de elegibilidad de Medicaid o CHIP
- Pérdida de elegibilidad para compartir costos del crédito de impuestos
- Otro \_\_\_\_\_

Fecha del evento \_\_\_\_\_

¿Esta cobertura sustituirá una póliza individual existente con SelectHealth?  Sí  No

Si es sí, escriba el número de la póliza \_\_\_\_\_

Firma electrónica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_