

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 yáníłti'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، ةيبرعل ا ثدحتت تنك اذا :ظوحلم
فكرشب ل لصتا . ن اجملاب كل رفاوتت ةيوغللا
SelectHealth: **1-800-538-5038**.

សម្គាល់: បីសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ
ស្រីវ៉ាជំនួយផ្លូវកែភាសា 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 Idaho

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

¿Está esta política destinada a sustituir cualquier otro seguro médico o de accidentes actualmente en vigor? Sí No

A. OPCIONES DE PLANES

PLANES SELECTHEALTH®

LOS 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 ampliado Bronze 5500** - Sin deducible para un cuidado de urgencia y todas las visitas PCP - \$5.500 en deducibles médicos (\$2.500 en deducibles para prescripciones)
- Plan ampliado Bronze 4500** - Sin deducible para un cuidado de urgencia y todas las visitas PCP - \$4.500 en deducibles médicos (\$1.750 en deducibles para prescripciones)
- Plan Silver 3500** - Sin deducible para un cuidado de urgencia y todas las visitas PCP - \$3.500 en deducibles médicos (\$1.250 en deducibles para prescripciones)

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA LAS VISITAS AL CONSULTORIO

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

- Plan con co-pago Silver 4000** - Sin deducible para visitas al consultorio - \$4.000 en deducibles médicos (\$2.500 en deducibles para prescripciones)
- Plan Gold 2000** - Exención limitada de visitas al consultorio - \$2.000 en deducibles médicos (\$500 en deducibles para prescripciones)

PLANES TRADICIONALES CON DEDUCIBLE

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

- Plan ampliado Bronze 7900** - Sin deducible para una atención de urgencia y todas las visitas
- Plan ampliado Bronze 3500** - \$3.500 en deducibles médicos (\$1.500 en deducibles para prescripciones)
- Plan Silver 2750** - \$2.750 en deducibles médicos (\$1.250 en deducibles para prescripciones)

SELECTHEALTH HEALTHSAVE®

PLANES QUE CALIFICAN PARA HSA*

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

- Plan Bronze HealthSave 6750 (Califica para HSA)** - \$6.750 en deducible combinado para gastos médicos y de prescripción
- Plan ampliado Bronze 5000 HealthSave (Califica para HSA)** - \$5.000 en deducible combinado para gastos médicos y de prescripción
- Plan ampliado Bronze HealthSave 4000 (Califica para HSA)** - \$4.000 en deducible combinado para gastos médicos y de prescripción
- Plan Silver HealthSave 3500 (Calificado para HSA)** - \$3.500 en deducible combinado para gastos médicos y de prescripción

SelectHealth® diseñó los planes HealthSaveSM 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 representación legal o garantías sobre la adecuación legal de esta cobertura como un plan compatible con una Cuenta de ahorros para salud (HSA, por sus siglas en inglés). Certain HealthSave plans are not qualified to be paired with an HSA. 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 una tasa administrativa en su prima, con independencia de 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

Deducible exonerado para las primeras tres PCP, Intermountain KidsCareSM, 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. DECLARACIÓN DE COBERTURA DE CUIDADO DENTAL PEDIÁTRICA

La póliza que está solicitando no incluye cobertura para cuidado dental pediátrica, la cual se considera un beneficio esencial de salud bajo el Affordable Care Act. La atención dental pediátrica está disponible en el mercado y se puede comprar como producto aparte. Contacte a su agente de seguro o Your Health Idaho si quisiera comprar cuidado dental aparte.

Formulario de selección de pago para **planes individuales**

Nombre del solicitante _____ # de Seguridad Social o # de ID del suscriptor _____
(uso interno solamente)

A. ELECCIÓN DE MÉTODO DE PAGO

Seleccione 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 una de las siguientes: 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** si el monto de la prima no puede ser deducido de mi cuenta por cualquier motivo.

Firma del titular de la cuenta _____ Fecha _____

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 retiros mensuales futuros serán enviados por correo electrónico. Los correos con los retiros lo dirigirán a un sitio web donde podrá 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**
- Complete el formulario de solicitud de planes individuales complementarios**
- Firme el Formulario de selección de pago**
- o visítenos en 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?

Se está inscribiendo: ¿Durante el período de inscripción anual abierto? ¿Fuera del período anual abierto?

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

- Pérdida de cobertura del plan de salud
- Pérdida de la 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 _____