

Formulario de solicitud suplementario para planes individuales de Idaho

Nombre del solicitante _____ N.º de Seguro Social del solicitante O Fecha de nacimiento _____ (uso interno solamente)

¿Esta política tiene como objeto sustituir cualquier otro seguro médico o por accidente actualmente en vigor? Sí No

A. OPCIONES DE PLANES

PLANES DE SELECTHEALTH®

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA UNA VISITA DE ATENCIÓN DE URGENCIA Y TODAS LAS VISITAS AL CONSULTORIO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) Y DE SALUD MENTAL (MH)

Se exonera el deducible para una visita de atención de urgencia y todas las visitas al consultorio del PCP/MH por año. Cada visita está sujeta a un copago únicamente.

- Plan ampliado Bronze 5500** - \$5500 de deducible médico (\$2000 de deducible para recetas médicas)
- Plan Silver 3500** - \$3500 de deducible médico (\$1250 de deducible para receta médica)

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA LAS VISITAS AL CONSULTORIO

El deducible se exonera (solo se aplica el copago) para todas las visitas al consultorio.

- Plan Silver 4000 con copago** - \$4000 de deducible médico (\$2500 de deducible para receta médica)
- Plan Gold 2000** - \$2000 de deducible médico (\$250 de deducible para receta médica)
- Plan ampliado Bronze 8150 con copago** - \$8150 de deducible médico y para receta médica

PLANES TRADICIONALES CON DEDUCIBLE

El deducible se aplica a toda la atención cubierta, excepto la atención preventiva, la cual está cubierta sin cargo alguno para todos los planes

- Plan Bronze 6200** - \$6,200 de deducible médico (\$1500 de deducible para receta médica)
- Plan ampliado Bronze 3500** - \$3500 de deducible médico (\$1500 de deducible para receta médica)
- Plan Silver 3000** - \$3000 de deducible médico (\$1250 de deducible para receta médica)

SELECTHEALTH HEALTHSAVE®

PLANES QUE CALIFICAN PARA HSA*

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

- Plan ampliado Bronze HealthSave 6850 (califica para HSA)** - \$6850 de deducible combinado para gastos médicos y de recetas médicas
- ExpPlan ampliado Bronze HealthSave 4500 (califica para HSA)** - \$4500 de deducible combinado para gastos médicos y de recetas médicas
- Plan Silver HealthSave 3500 (califica para HSA)** - \$3500 de deducible combinado para gastos médicos y de recetas médicas

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.

HSA VENDOR

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.

- Catastrophic 8150** - \$8150 de deducible combinado para gastos médicos y recetas médicas

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.

Lista de verificación de la solicitud

ANTES DE ENVIAR SUS FORMULARIOS DE SOLICITUD, RECUERDE:

- Completar y firmar el Formulario de solicitud de seguro médico individual de Idaho**
- Completar el Formulario de solicitud complementario para planes individuales de Idaho**
- Firme el Formulario de selección de pago**
- [visítenos en selecthealth.org](https://selecthealth.org) para solicitar en línea**

Adenda a SEP

Nombre del solicitante _____

Seguro Social del solicitante O Fecha de nacimiento _____

Usted es: ¿Un solicitante nuevo? ¿Está agregando dependientes? ¿Está cambiando un plan existente?

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

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 de 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 a Medicaid o CHIP
- Pérdida de crédito tributario de elegibilidad para costos compartidos
- Otro _____

Fecha del evento _____

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

Si la respuesta es sí, ingrese el número de póliza _____

Firma electrónica _____ Fecha _____