

Formulario de solicitud suplementario para planes individuales de Utah

Nombre del solicitante _____ N.º de Seguro Social del solicitante O Fecha de nacimiento _____

(uso interno solamente)

A. INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

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

Opciones dentro de la red SelectHealth Value SelectHealth Med

Para obtener más información, visite selecthealth.org/individualplans.

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 7800** – \$7800 de deducible médico (\$1500 de deducible para recetas médicas)
- Plan ampliado Bronze 4800 con copago** – \$4800 de deducible médico (\$2500 de deducible para receta médica)

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA VISITAS AL CONSULTORIO

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

- Plan ampliado Bronze 8150** – \$8150 de deducible combinado para gastos médicos y recetas médicas
- Plan Silver 4000 con copago** – \$4000 de deducible médico (\$2500 de deducible para recetas médicas)
- Plan Silver 3000** – \$3000 de deducible médico (\$1000 de deducible para recetas médicas)
- Plan Silver 3100 (Off-Exchange solamente)** – \$3100 de deducible médico (\$1000 de deducible para recetas médicas)
- Plan Gold 1500** – \$1500 de deducible médico (\$250 de deducible para recetas médicas)

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 2300** – \$2300 de deducible médico (\$1000 de deducible para recetas médicas)

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 8150** – \$8150 de deducible combinado para gastos médicos y recetas médicas
- Plan de referencia Bronze 6800** – \$6800 de deducible médico (\$1000 de deducible para recetas médicas)
- Plan ampliado de referencia Bronze 3600** – \$3600 de deducible médico (\$1000 de deducible para recetas médicas)
- Plan de referencia Silver 6200** – \$6200 de deducible médico y para recetas médicas

SELECTHEALTH HEALTHSAVE®

CALIFICA PARA HSA*

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

- Plan ampliado Bronze HealthSave 6850 (califica para HSA)** – Recompensas – \$6850 de deducible combinado para gastos médicos y recetas médicas
 - Plan ampliado Bronze HealthSave 4000 (Califica para HSA)** – \$4000 de deducible combinado para gastos médicos y recetas médicas
 - Plan HealthSave Silver 3250 (Califica para HSA)** – \$3250 de deducible combinado para gastos médicos y 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 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.

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 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 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. INFORMACIÓN DEL PLAN SELECTHEALTH DENTAL®

PLANES TRADICIONALES

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

Opciones de la red Classic Prime* Fundamental* *Disponible solamente en los condados de Salt Lake, Davis, Weber y Utah.

Agregar beneficios fuera de la red

Select **one** plan option. Incluye un deducible para atención dental de \$50/\$150

- \$750 máximo anual
- \$1000 máximo anual
- \$1500 máximo anual

Seleccione 100 % o 90 % para la cobertura de atención preventiva.

- 100%
- 90%

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

Formulario de selección de pago para planes individuales

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

A. ELCCIÓN 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 pre-autorizado de fondos bancarios Facturación y pago en línea
(Completar la Sección "B"). (Completar 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 a iniciar los retiros de mi Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta _____ N.º de 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	# de ruta y tránsito	Cuenta #
00 1099	1 2400494 1	1839401923

C. FACTURACIÓN Y PAGO EN LÍNEA

Una vez que reciba una notificación de que su solicitud ha sido aprobada, por favor llámenos al **800-442-0220** para hacer su primer pago del mes. Después de su primer pago, todos los extractos mensuales futuros serán enviados por correo electrónico. Los correos con los extractos 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 ENVIAR SUS FORMULARIOS DE SOLICITUD, RECUERDE:

- Completar y firmar el Formulario de solicitud de seguro médico individual de Utah**
- Completar el Formulario de solicitud complementario para planes individuales de Utah**
- Firme el Formulario de selección de pago**
- o visítenos en 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?

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 la cobertura del plan de salud
- Pérdida de la cobertura del plan de salud como consecuencia de un divorcio
- Mudanza permanente que proporciona acceso a un nuevo plan de salud
- Nacimiento o adopción
- Matrimonio
- Orden judicial
- Pérdida de elegibilidad para Medicaid o CHIP
- Pérdida de elegibilidad para costo compartido del crédito tributario
- 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 _____