

Fair Treatment Notice

SelectHealth obeys Federal civil rights laws. We do not treat you differently because of your race, color, ethnic background or where you come from, age, disability, sex, religion, creed, language, social class, sexual orientation, gender identity or expression, and/or veteran status.

We provide free:

- > Aid to those with disabilities to help them talk with us. This may be sign language interpreters or info in other formats (large print, audio, electronic).
- > Help for those whose first language is not English, such as interpreters or member materials in other languages.

Need help? Call SelectHealth Member Services at **800-538-5038** or SelectHealth Advantage Member Services at **855-442-9900** (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.

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。

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

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. SelectHealth. 번으로 전화해 주십시오.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'd , 'é'et'áa jiik'eh, éí ná hółq ,'koji' hódííłnih SelectHealth.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa SelectHealth.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: SelectHealth.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните SelectHealth.

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez SelectHealth.

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. まで、お電話にてご連絡ください。

ማሳሰቢያ: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ያለክፍያ ለክርስቶስ ይገኛሉ። SelectHealth ን ያናግሩ።

ПАЖЊА: Ако говорите Српски, бесплатне услуге помоћи за језик, биће вам доступне. Контактирајте SelectHealth.

تنبيه: إذا كنت تتحدث عربي، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل بـ SelectHealth.

توجه: اگر بہ زبان را وارد کنی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی، بصورت رایگان در اختیار شماست. با SelectHealth تماس بگیرد.

หมายเหตุ: หากคุณพูด ใ้ภาษาไทย, การบริการภาษา โดยไม่มีค่าใช้จ่าย มีพร้อมบริการให้กับคุณ ติดต่อ SelectHealth

SelectHealth: **1-800-538-5038**

SelectHealth Advantage: **1-855-442-9900**



Formulario de solicitud complementario para planes individuales de Idaho

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

¿Esta política tiene como objeto sustituir cualquier otro seguro médico o por accidente actualmente en vigor? Sí No (solo para uso interno)

DATOS DEMOGRÁFICOS

N.º de teléfono celular* _____ Dirección de correo electrónico _____

Idioma (no inglés) Español Chino Vietnamita Coreano Navajo Nepali Tongano Serbocroata Tagalo Alemán preferido** Ruso Árabe Francés Japonés Mon-Khmer, Camboyano Otro _____

Raza Blanca Negra o afroamericana Indio americano o nativo de Alaska Asiática Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Otra

Etnia Hispana o latina Ni hispana ni latina

Ciudadanía Ciudadano de los Estados Unidos Residente permanente legal Visitante temporal Inmigrante indocumentado

* Al darnos su número de teléfono celular y dirección de correo electrónico, nos está dando permiso y consentimiento para contactarlo a través de esos canales

** Al notificarnos su idioma preferido, no estamos aceptando enviar sus materiales en ese idioma (para obtener ayuda con la traducción, llame a Servicios para Miembros al 800-538-5038)

OPCIONES DE PLANES

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

Opciones de redes

SelectHealth-SLHP BrightPath SAHA

¿Esta política tiene como objeto sustituir cualquier otro seguro médico o por accidente actualmente en vigor?

PLANES SELECTHEALTH®

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA LAS VISITAS AL CONSULTORIO

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

- Plan de Copago Silver 4500 – \$4500 de deducible médico (\$2500 de deducible para recetas médicas)
- Gold 1500 – \$1500 de deducible médico (\$400 de deducible para recetas médicas)
- Silver 3000 - \$3000 de deducible médico (\$1500 de deducible para recetas médicas)
- Silver 4000 – \$4000 de deducible médico (\$1500 de deducible para recetas médicas)
- Plan de Copago Expanded Bronze 9000 – \$9000 de deducible médico y para recetas médicas combinado)
- Expanded Bronze 6000 – \$6000 de deducible médico (\$2000 de deducible para recetas médicas)
- Gold 1000 – \$1000 de deducible médico (\$500 de deducible para recetas médicas)

PLANES DE COPAGO CON DEDUCIBLE DE \$0

- Plan de Copago Silver - \$0 de deducible médico (\$3500 de deducible para recetas médicas)

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

- Bronze 8000 – \$8000 de deducible médico (\$1700 de deducible para recetas médicas)
- Expanded Bronze 4200 – \$4200 de deducible médico (\$1700 de deducible para recetas médicas)

SELECTHEALTH HEALTHSAVE®

PLANES QUE CALIFICAN PARA HSA*

El deducible se aplica a toda la atención cubierta, excepto la atención preventiva

- Expanded Bronze 7500 (califica para HSA) – \$7500 de deducible médico y para recetas médicas combinado

SelectHealth® diseñó los planes elegibles para HSA para cumplir con los requisitos de un Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) según la ley federal (Sección 223 del Código de Impuestos Internos). Sin embargo, SelectHealth no se responsabiliza ni garantiza la idoneidad legal de esta cobertura como un plan compatible con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés). SelectHealth no es responsable por ningún problema relacionado con su uso de la cobertura junto con una HSA, incluido, entre otros, su cumplimiento de los requisitos del Código de Impuestos 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 de HSA preferido por SelectHealth 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 tarifa administrativa en su prima, independientemente de si elige utilizar el proveedor de HSA preferido. Al igual que con la mayoría de los proveedores 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.

DECLARACIÓN DE COBERTURA DE ATENCIÓN DENTAL PEDIÁTRICA

La póliza que está solicitando no incluye cobertura para atención dental pediátrica, la cual se considera un beneficio esencial de salud bajo la Ley de Atención Médica a Bajo Precio. La atención dental pediátrica está disponible en el mercado y se puede comprar como producto aparte. Comuníquese con su agente de seguros o con Your Health Idaho si desea comprar un producto de atención dental aparte.

Planes individuales Formulario de Selección de Pago

Nombre del solicitante _____ N.º de Seguro Social del solicitante O N.º de identificación del suscriptor _____
(solo para uso interno)

A. SELECCIÓN DEL MÉTODO DE PAGO

Por favor 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

(Completar la Sección "B")

Facturación y pago en línea

(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 corriente/ahorro. Por favor, complete la información a continuación.

Autorizo a SelectHealth para que inicie retiros de una de las siguientes cuentas: Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta _____ N.º de cuenta _____

Institución financiera _____ N.º 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 800-442-0220 para hacer su primer pago del mes. Después de su primer pago, todos los estados de cuenta mensuales futuros serán enviados por correo electrónico. Los correos con los estados de cuenta 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 SU FORMULARIO DE SOLICITUD, RECUERDE:

- Completar y firmar el formulario de solicitud de seguro médico individual de Idaho
- Completar el formulario de solicitud de planes individuales complementarios de Idaho
- Firme el Formulario de selección de método de pago
- Q visítenos en selecthealth.org para hacer la solicitud en línea

Adenda a SEP

Nombre del solicitante _____

Seguro Social del solicitante O Fecha de nacimiento _____

Usted: ¿Es un solicitante nuevo? ¿Está añadiendo dependientes? ¿Está cambiando un plan existente?

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

Si se está inscribiendo fuera del período anual de inscripción abierta o está añadiendo dependientes, ¿cuál es el motivo? *(puede requerirse 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 la respuesta es sí, ingrese el número de póliza _____

Firma electrónica _____ Fecha _____