

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'áá jiik'eh, éí ná hólq ,'koji' hódíłnih 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 ไทยไม่มีค่าใช้จ่าย มีพร้อมบริการให้กับคุณ ติดต่อ SelectHealth

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

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



Formulario de solicitud complementario para planes individuales de Utah

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

N.º de teléfono celular* _____

(solo para uso interno)

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

N.º de teléfono celular* _____

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 American 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)

B. INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

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

Opciones de redes SelectHealth Value SelectHealth Med SelectHealth Signature

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

PLANES SELECTHEALTH®

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA VISITAS AL CONSULTORIO

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

- Expanded Bronze 6900 – \$6900 de deducible médico (\$1500 de deducible para recetas médicas)*
- Plan de copago Expanded Bronze 5900 – \$5900 de deducible médico (\$2500 de deducible para recetas médicas)
- Silver 5500 (solamente fuera del mercado) – \$5500 de deducible médico (\$1500 de deducible para recetas médicas)
- Gold 1500 – \$1500 de deducible médico (\$250 de deducible para recetas médicas)*
- Benchmark Silver 6300 – \$6300 de deducible médico (\$1300 de deducible para recetas médicas)*
- Plan de Apoyo para la Diabetes Silver 6500 - \$6500 de deducible médico (\$2000 de deducible por recetas médicas)*

PLAN TRADICIONAL CON DEDUCIBLE

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

- Silver 3000 – \$3000 de deducible médico (\$1000 de deducible para recetas médicas)*

PLANES CON DEDUCIBLE MÉDICO Y DE FARMACIA COMBINADO

Estos planes cubren los beneficios de salud esenciales requeridos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. El deducible se aplica a toda la atención cubierta, excepto la atención preventiva.

- Benchmark Bronze 9100 – \$9100 de deducible médicos y para recetas médicas combinado*

PLANES CON DEDUCIBLES DE \$0

- Plan de Copago 0 Benchmark Silver – \$0 de deducible médico (\$3500 de deducible para recetas médicas)*
- Plan de Copago 0 Benchmark Expanded Bronze – \$0 de deducible médico (\$3500 de deducible para recetas médicas)
- Benchmark Platinum 0 - \$0 de deducible médico (\$0 de deducible para recetas médicas)*
- Benchmark Gold 0 - \$0 de deducible médico (\$250 de deducible para recetas médicas)*

SELECTHEALTH CALIFICA 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
- Benchmark Silver 3750 (Califica para HSA) – \$3750 de deducible médico y para recetas médicas combinado (solamente fuera del mercado)*

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 elegible para 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 ya sea que elija o no usar 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

- Yono tengo planes de abrir una HSA o planeo usar otro administrador.

* Se puede combinar con Signature Network

PLANES ESTANDARIZADOS

- Plan Estandarizado Benchmark Silver 0 – \$5800 de deducible médico y para recetas médicas combinado
- Plan Estandarizado Benchmark Expanded Bronze – \$7500 de deducible médico y para recetas médicas combinado
- Plan Estandarizado Benchmark Platinum - \$0 de deducible médico y para recetas médicas combinado
- Plan Estandarizado Benchmark Gold - \$2000 de deducible médico y para recetas médicas combinado

C. INFORMACIÓN DEL PLAN SELECTHEALTH DENTAL®**PLANES TRADICIONALES**

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

Opciones de red Classic Prime* Fundamental*

**Disponible sólo en los condados de Salt Lake, Davis, Weber y Utah.*

Agregar beneficios fuera de la red

Seleccionar una opción de plan. 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% (solo disponible para el plan con un pago máximo anual de \$1500)

Planes individuales Formulario de Selección de Método de Pago

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

D. SELECCIÓN DEL 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

(Completar la Sección "B.")

Facturación y pago en línea

(Completar la Sección "C.")

E. 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 a iniciar retiros de mi Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta _____ Número 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 puede aplicar un **cargo por 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.

N.º de cheque	N.º de ruta y tránsito	N.º de cuenta
00 1099	1 2400494 1	18 3940 19 23

F. 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:

- Complete y firme el Formulario de solicitud de seguro médico individual de Utah
- Complete el formulario de solicitud de planes individuales complementarios de Utah
- Firme el Formulario de selección del 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?

Si se está inscribiendo fuera del periodo 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 _____