

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' 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 ለእርስዎ ይገኛሉ። SelectHealth ገንዘብ ያገኛሉ።

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

تنبيه: إذا كنت تتحدث عربى، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل بـ SelectHealth.

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

หมายเหตุ: หากคุณพูด ใ้ภาษา, การบริการภาษา โดยไม่มีค่าใช้จ่าย มีพร้อมบริการให้กับคุณ ติดต่อ SelectHealth

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

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



Formulario de solicitud de planes individuales de Nevada

También puede inscribirse en un plan de seguro médico para usted y su familia a través del Silver State Health Insurance Exchange (el intercambio de seguros médicos del estado de Nevada). El Silver State Health Insurance Exchange le permite obtener presupuestos de diferentes compañías de seguros que están disponibles para el intercambio. Puede comparar diferentes planes, obtener presupuestos y averiguar si puede optar a una ayuda financiera. El Silver State Health Insurance Exchange es la única manera de recibir ayuda financiera para su seguro médico. Puede inscribirse en línea visitando www.nevadahealthlink.com o llamando al 1-800-547-2927 TTY 711.

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Debe ser el miembro de la familia de mayor edad en solicitar la cobertura

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Domicilio (sin P.O. Box) _____ N.º de unidad _____ Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja de hecho
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Dirección postal (si es diferente) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Correo electrónico _____ N.º de tel. de casa (_____) _____ N.º de tel. comercial (_____) _____
N.º de licencia de conducir _____ N.º de tel. celular* _____

El solicitante principal y su cónyuge deben ser residentes del estado de Nevada en el momento de la solicitud y durante la vigencia de esta póliza para ser elegibles para la cobertura. La cobertura de esta póliza se dará por terminada y esta póliza se puede rescindir si no se mantiene la residencia dentro del estado de Nevada.

¿Mejor manera para contactarlo? ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo ¿Es usted residente de Nevada? ☐ Sí ☐ No Usted: ☐ Es un solicitante nuevo
☐ Quiere agregar dependientes

DATOS DEMOGRÁFICOS

Idioma (no inglés) ☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita ☐ Coreano ☐ Navajo ☐ Nepalí ☐ 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)

B. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y EL DEPENDIENTE

EN ESTA SECCIÓN, ANOTE SU NOMBRE Y EL DE CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE DESEE QUE TENGAN COBERTURA MÉDICA.

RELACIÓN	NOMBRE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	SEXO (M/F)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YY)	EDAD	N.º DE SEGURO SOCIAL (SOLO PARA USO INTERNO)
Yo mismo					
Cónyuge					
Niño					
Niño					
Niño					
Niño					
Niño					
Niño					
Niño					

SI NECESITA MÁS ESPACIO, USE OTRA SOLICITUD.

- Para tener derecho a la cobertura, el solicitante y todas las personas a su cargo no deben tener derecho a Medicare.
- Para tener derecho a la cobertura, los niños deben ser menores de 26 años (existen excepciones para los niños discapacitados mayores de 26 años; consulte su contrato).

¿Algún solicitante consume tabaco? Lista: _____

¿Algún solicitante asiste a la escuela o reside fuera de Nevada durante el año? Lista: _____

¿Alguno de los solicitantes tiene cobertura de atención médica, incluyendo Medicare o Medicaid? Lista: _____

¿Algún empleador está reembolsando o pagando parte de esta póliza? ☐ Sí ☐ No

C. INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

PLANES SELECTHEALTH®

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA VISITAS AL CONSULTORIO

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

- ☐ SelectHealth Value Gold 1000 - sin deducible para las visitas al consultorio
- ☐ SelectHealth Value Silver Copay
- ☐ SelectHealth Value Silver 6500 - sin deducible para las visitas al consultorio
- ☐ SelectHealth Value Silver Medicaid Transition
- ☐ Plan de Apoyo para la Diabetes SelectHealth Value Silver 6500
- ☐ SelectHealth Value Expanded Bronze 8550 - sin deducible para las visitas al consultorio
- ☐ SelectHealth Expanded Bronze Virtual First
- ☐ SelectHealth Med Gold 1000 - sin deducible para las visitas al consultorio
- ☐ SelectHealth Med Silver Copay
- ☐ SelectHealth Med Silver 6500 - sin deducible para las visitas al consultorio
- ☐ SelectHealth Med Silver Medicaid Transition
- ☐ Plan de Apoyo para la Diabetes SelectHealth Med Silver 6500
- ☐ SelectHealth Med Expanded Bronze 8550 - sin deducible para las visitas al consultorio

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIA Y TODAS LAS VISITAS AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA (VISITAS AL CONSULTORIO DE SALUD MENTAL Y PCP)

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

- ☐ SelectHealth Value Expanded Bronze 6900 - sin deducible para las visitas al consultorio del PCP/atención de urgencia
- ☐ SelectHealth Med Expanded Bronze 6900 - sin deducible para las visitas al consultorio del PCP/atención de urgencia

SÓLO FUERA DEL MERCADO

- ☐ SelectHealth Value Expanded Bronze 7000 - sin deducible para las visitas al consultorio del PCP/atención de urgencia
- ☐ SelectHealth Med Expanded Bronze 7000 - sin deducible para las visitas al consultorio del PCP/atención de urgencia

SELECTHEALTH CALIFICA PARA HSA*

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

- ☐ SelectHealth Value Expanded Bronze 7500 Califica para HSA
- ☐ SelectHealth Med Expanded Bronze 7500 Califica para HSA

SelectHealth diseñó los planes 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.

D. ADENDA A SEP

Nombre del solicitante _____

Usted: ☐ ¿Es un solicitante nuevo? ☐ ¿Está añadiendo 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? (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 _____

Planes individuales Formulario de Selección de Pago

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

E. 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 "F")

☐ Facturación y pago en línea
(Completar la Sección "G")

F. 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 siguiente información.

Autorizo a SelectHealth a iniciar retiros de mi ☐ 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 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

00 1099

N.º de ruta y tránsito

1 2400494 1

N.º de cuenta

1839401923

G. 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 firmar el formulario de solicitud de planes individuales**
- ☐ **Firme el Formulario de selección de método de pago**
- ☐ **Q visítenos en selecthealth.org para hacer la solicitud en línea**

H. INFORMACIÓN DEL AGENTE/AGENCIA

NPN o Identificación de la entidad de la Comisión _____ Teléfono _____

Nombre de la agencia _____ Nombre del agente _____

Representante de ventas _____ Fecha de entrada en vigencia _____

I. AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Este plan está suscrito y administrado por SelectHealth. Por la presente solicito ser inscrito junto con mis dependientes indicados, si corresponde, para obtener cobertura con SelectHealth. Cuando se incorporan al Contrato, esta solicitud y el Resumen de Pagos pasan a formar parte del Contrato. Una vez que se haya firmado y ejecutado por completo, el Plan y yo estaremos de acuerdo con los términos establecidos en el Contrato. En relación con esta solicitud y cualquier cobertura del plan que se pueda obtener, estoy actuando como agente o tutor natural de mi cónyuge y otros dependientes. Además, en la gestión con SelectHealth, estoy de acuerdo en actuar en mi nombre y el de mis dependientes. Entiendo que la cobertura depende de mi satisfacción con los criterios de elegibilidad aplicables. También entiendo que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que cada persona indicada sea aprobada por SelectHealth, que no se brindará ningún beneficio por los servicios que comiencen antes de la entrada en vigencia de la cobertura y que, a excepción de lo que se dispone expresamente en el contrato, los beneficios no se extenderán más allá de la terminación de mi cobertura o el contrato.

Entiendo que ningún agente ni representante del Plan está autorizado para que me permita responder cualquier pregunta de manera imprecisa, engañosa o incompleta y declaro que esto no ocurrió.

Entiendo que los datos obtenidos mediante el uso de esta autorización sólo se utilizarán para determinar la elegibilidad para la cobertura y para la administración futura de los beneficios. Entiendo que mi elección de proveedores de atención médica cuyos servicios estarán cubiertos puede estar restringida por el Contrato, y acepto que cualquier servicio que se obtenga sin o en contra de los requisitos de autorización previa requeridos en el Contrato puede ser denegado.

Por la presente declaro que según mi leal saber y entender, la información dada en esta solicitud está correctamente registrada y es verdadera y completa. Comprendo que las omisiones relevantes o las tergiversaciones intencionales con respecto a la información que se proporcionó en esta solicitud, de otra manera podría causar que un servicio cubierto sea rechazado o pueda anular cualquier cobertura emitida. Si posteriormente me doy cuenta de que la información es diferente a la que se estipula en esta solicitud, estoy de acuerdo en proporcionar inmediatamente esa información adicional a SelectHealth.

J. FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma _____ fecha en que se firmó _____