



Enviar correo postal o fax a:
P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196
Fax: 801-442-0357
Nro. de tel.: 855-442-9940
selecthealth.org/medicare

SelectHealth Medicare (HMO) Beneficios Complementarios Opcionales Idaho 2023 Formulario de inscripción

La siguiente información describe los Beneficios complementarios opcionales (OSB, en inglés) que puede elegir para añadir a su plan. La inscripción en estos beneficios no es obligatoria para inscribirse en SelectHealth Medicare Classic (HMO) 013.

A. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre _____

Número de identificación del miembro o de Medicare (se encuentra en su tarjeta de identificación de SelectHealth) _____

N.º de teléfono (____) _____ Fecha de entrada en vigencia solicitada ____/____/____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

B. INSCRIPCIÓN EN BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES

PAQUETE n° 1 - DELTA DENTAL IDAHO ADVANTAGE

Este OSB dental integral está disponible en el plan SelectHealth Medicare Classic (HMO) 013. Marque la casilla a continuación si le gustaría inscribirse en el paquete de Beneficio integral de Delta Dental. Este plan de cobertura dental integral ofrece cobertura para servicios preventivos, básicos y principales.

Monto de la prima	\$38	
Deducible dental	\$50	No se aplica a servicios preventivos
Pago anual máximo del plan	\$1,000	no se aplica a servicios preventivos
Preventivo y diagnóstico	\$0 de copago	Consulte la EOC para obtener detalles de la cobertura
Básicos	Usted paga 50 % del coseguro	Cosas como los empastes, extracciones, endodoncia y tratamiento periodontal
Mayor	Usted paga 60 % del coseguro	Dentaduras postizas y coronas
Ortodoncia	Sin cobertura	

Quiero inscribirme en el paquete OSB Delta Dental Idaho por una prima mensual adicional.

Opción de pago de las primas:

EFT (complete un formulario de autorización de transferencia electrónica de fondos)

Factura directa SSA (Administración del Seguro social)

RRB (Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios)

C. FIRMA

Al firmar, acepta la inscripción solicitada anteriormente y reconoce que su prima mensual cambiará.

Firma del miembro _____ Fecha _____

D. INFORMACIÓN OPCIONAL

Comuníquese con SelectHealth al **855-442-9900** (TTY: 711) si necesita información en otro idioma (por ejemplo, español) o en un formato alternativo (por ejemplo, audio, braille). Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

E. INFORMACIÓN IMPORTANTE

- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si se inscribe en Beneficios Complementarios Opcionales cuando se inscribe en SelectHealth Medicare por primera vez, la fecha de vigencia es la misma que la fecha de vigencia para SelectHealth Medicare. Si se inscribe dentro del primer mes de su fecha de entrada en vigencia para SelectHealth Medicare, su cobertura del Beneficio complementario opcional entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha en que SelectHealth reciba este formulario completo.
- Los servicios están cubiertos únicamente cuando usted utiliza proveedores que participan en la red de Delta Dental Idaho Advantage, a excepción de los servicios de emergencia, los cuales están cubiertos por cualquier proveedor elegible (consulte la sección 2.2. del capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura, para obtener detalles adicionales).
- SelectHealth es patrocinador de los planes HMO, HMO-D-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en SelectHealth Medicare depende de la renovación del contrato. No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. La información que proporcionamos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Póngase en contacto con Medicare.gov o con el 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones. SelectHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles. No le brindaremos un trato diferente por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, o estado de veterano. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos alternativos (por ejemplo, audio, letra grande, braille) si se solicita ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 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 **1-855-442-9900** (TTY: 711).