

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 en el mercado. 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 mayor edad de la familia que solicita cobertura

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Domicilio (sin P.O. Box [casillero postal]) _____ N.º de unidad _____ Estado civil Soltero Casado Pareja de hecho
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Dirección postal (si es diferente) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Dirección de correo electrónico _____ N.º de teléfono casa (_____) _____ N.º de teléfono del trabajo (_____) _____
N.º de licencia de conducir _____ N.º de teléfono 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 de contactarlo? Correo electrónico Teléfono Correo postal ¿Es usted un residente de Nevada? Sí No
Usted: Es un nuevo solicitante Está agregando dependientes

DATOS DEMOGRÁFICOS

Idioma preferido Inglés Español Chino Vietnamita Coreano Navajo Nepali Tongano Serbocroata Tagalog Alemán**
 Ruso Árabe Francés Japonés Mon-jemer, 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 ELEGIBLE DE SU FAMILIA QUE DESEE QUE TENGA COBERTURA MÉDICA.

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

¿Su 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 Expanded Bronze 9400 - sin deducible para las visitas al consultorio
- SelectHealth Med Gold 1000 - sin referidos ni deducible para las visitas al consultorio
- SelectHealth Med Silver Copay sin referidos
- SelectHealth Med Silver 6500 - sin referidos ni deducible para las visitas al consultorio
- SelectHealth Med Expanded Bronze 9400 - sin referido ni deducible para las visitas al consultorio

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA LOS CUIDADOS 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 costo para todos los planes.

- SelectHealth Value Expanded Bronze 6900 - sin deducible para visitas al consultorio del PCP/cuidados de urgencia
- SelectHealth Med Expanded Bronze 6900 - sin referidos ni deducible para las visitas al consultorio del PCP/cuidados de urgencia

SÓLO FUERA DEL MERCADO

- SelectHealth Value Expanded Bronze 7000 - sin deducible para visitas al consultorio del PCP/cuidados de urgencia
- SelectHealth Med Expanded Bronze 7000 - sin referidos ni deducible para las visitas al consultorio del PCP/cuidados de urgencia

SELECTHEALTH CALIFICA PARA HSA*

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

- SelectHealth Value Expanded Bronze 8000 Califica para HSA
- SelectHealth Med Expanded Bronze 8000 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. Reducción de costo compartido

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

- Yo no tengo planes de abrir una HSA o planeo usar otro administrador.

D. ANEXO SEP

Nombre del solicitante _____

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? *(puede requerirse 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
- Ordenjudicial
- 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 _____

Formulario de selección de pago para planes individuales

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

E. SELECCIÓN DEL MÉTODO DE PAGO

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 corriente/de ahorros. Complete la información a continuación.

Autorizo a SelectHealth para que inicie 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 anulado aquí

No utilice un comprobante de depósito de cheques para retirar cheques.
Los comprobantes de depósito de cheques 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, 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 SUS FORMULARIOS DE SOLICITUD, RECUERDE:

- Complete y firme el formulario de solicitud de planes individuales**
- Firme el formulario de selección del método de pago**
- O 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 _____

Rep, 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 _____