

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 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

Origen étnico 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 notificamos 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 red

SelectHealth-SLHP BrightPath SAHA SelectHealth Med

SELECTHEALTH®

PLANES SIN DEDUCIBLE PARA LAS VISITAS AL CONSULTORIO

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

- 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)
- Expanded Bronze 9400** – \$9400 de deducible combinado para gastos médicos y recetas médicas
- 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

- Silver Copay Plan** – \$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 4500** – \$4500 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 8000 (califica para HSA)** – \$8000 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 con reducción de costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés) no cumplen con 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

- Yo 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.

Formulario de selección de pago para planes individuales

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

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/de ahorros. 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, 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 seguro médico individual de Idaho
- Complete el formulario de solicitud de planes individuales complementarios de Idaho
- Firme el formulario de selección del método de pago
- O visítenos en selecthealth.org para hacer la solicitud en línea

Anexo SEP

Nombre del solicitante _____

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

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

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

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 _____

Firma electrónica _____ Fecha _____