

## Formulario de solicitud complementario para planes individuales de Utah

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

### A. DATOS DEMOGRÁFICOS

N.º de teléfono celular\* \_\_\_\_\_

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 PLAN DE SALUD

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

**Opciones de red**  Select Health Value  Select Health Med  Select Health Signature

Para obtener más información, visite [selecthealth.org/individualplans](http://selecthealth.org/individualplans).

#### SELECT HEALTH®

##### 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)  
(Red Value solamente)
- 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 5900 – \$5900 de deducible médico (\$900 de deducible para recetas médicas)
- Silver 3000 – \$3000 de deducible médico (\$1000 de deducible para recetas médicas) (Red Value solamente)

##### PLANES CON DEDUCIBLES DE \$0

- Plan de copago Benchmark Expanded Bronze – \$0 de deducible médico (\$3500 de deducible para recetas médicas) (Red Med y Value solamente)
- Benchmark Platinum - \$0 de deducible médico (\$0 de deducible para recetas médicas)\*
- Benchmark Gold - \$0 de deducible médico (\$250 de deducible para recetas médicas)\*  
  
(Red Signature solamente)

#### SELECT HEALTH HSA QUALIFIED

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

- Expanded Bronze 8050 (Califica para HSA) – \$8050 de deducible médico y para recetas médicas combinado (Red Med solamente)
- 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 con reducción de costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés) no cumplen con ese requisito.

##### PROVEEDOR DE HSA

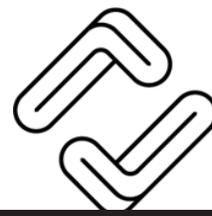
El proveedor de HSA preferido por Select Health es HealthEquity®. Se establecerá una HSA para usted con HealthEquity si elige un HDHP, a menos que usted se excluya de esta opción (consulte las opciones a continuación). Se incluye una tarifa administrativa en su prima ya sea que elija o no usar el proveedor 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.

\* Se puede combinar con a red Signature





## 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/de ahorros. Complete la información a continuación.

Autorizo a Select Health 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

18 3940 19 23

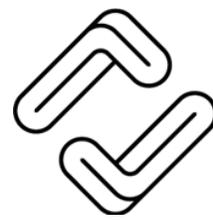
## F. FACTURACIÓN Y PAGO EN LÍNEA

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 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](http://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?

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
- Orden judicial
- 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 Select Health?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ingrese el número de póliza \_\_\_\_\_

Firma electrónica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_