

Formulario de Inscripción para Póliza Individual y Familiar—Cobertura Dental Solamente **Idaho**



¡Muchas gracias por elegir a PacificSource!

Usted también puede inscribirse en línea en PacificSource.com.

Esto es lo que usted necesitará para llenar este formulario de inscripción:

- Una pluma con tinta azul o negra (en caso de que usted no llene el formulario electrónico).
- Información de cualquier compañía aseguradora que actualmente o recientemente le haya proporcionado una cobertura a usted o a su familia (tal como su antigua tarjeta de ID). Esta información es necesaria para determinar la cobertura acreditable.
- Una copia de cualquier documento que usted pueda necesitar para demostrar la tutela legal.
- La información de su agente de seguros de salud, en caso de que aplique.
- El pago de su prima del primer mes (es necesario pagar antes de que su póliza entre en vigor).

Usted es elegible para inscribirse siempre y cuando:

- Usted es residente del estado de Idaho, no tiene un estatus de residencia en cualquier otro estado y puede comprobar satisfactoriamente su residencia actual en Idaho. Cualquier persona que tenga la intención de residir en Idaho puede presentar una solicitud de seguro, pero no sería elegible para iniciar su cobertura antes de que la persona resida físicamente en Idaho.
- Su cónyuge/pareja doméstica (en caso de que aplique) legalmente es su cónyuge legal/pareja doméstica.
- Sus hijos (en caso de que aplique) son sus hijos naturales o adoptados y son menores de 26 años de edad o usted es su tutor legal.

¿Necesita usted ayuda?

Si usted tiene alguna duda sobre cualquier sección de este formulario de inscripción, podemos ayudarle con gusto. Comuníquese con un Asesor de Cobertura de PacificSource al teléfono **855-330-2792**, TTY: **711**. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

¿Qué sucede cuando recibimos su solicitud?

Comenzaremos a procesar su solicitud y en las próximas semanas usted recibirá varias cosas de nosotros. Para recibir la información de una manera más rápida, incluya su dirección de email en la solicitud.

1. Poco tiempo antes de que inicie la vigencia de su plan, le enviaremos sus tarjetas de ID por correo.
2. También le enviaremos su póliza completa.

Por favor conserve una copia de esta solicitud para su expediente.

Si usted desea inscribirse en una póliza de seguro médico individual o familiar con PacificSource, visite la página "Shop Plans" en Shop.PacificSource.com/Individual. ¿Necesita usted ayuda? Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura de PacificSource al teléfono **855-330-2792**.

1 ¿Qué tipo de cobertura desea usted?

Cobertura Nueva

Solamente para mí
Para mí + mi cónyuge/pareja doméstica
Para mí + mi familia
Solamente para mi(s) hijo(s)
o dependiente(s) legal(es)

Cambio en Mi Cobertura Actual

○ Núm. de ID actual de PacificSource _____
(Esta información aparece en su tarjeta de ID).
Agregar a miembro(s) de la familia
Cambiar mi plan como se indica abajo

2 Elija un plan

Dental PPO 0-20-50 1000
Dental PPO 0-20-50 1500

Kids Dental PPO 0-20-50

Estas pólizas incluyen una cobertura dental pediátrica que cumple con los requerimientos de la Ley para el Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act).

3 Seleccione una fecha de cobertura

¿En qué fecha desea iniciar su cobertura? 1er día ó 15o día de ____/____ mes/año.

Inscripción mía y de mi familia

Enliste a todos los miembros de su familia que desea asegurar. Solamente son elegibles su cónyuge legal, su pareja doméstica y sus hijos dependientes.

***Identidad de género** (opcional): **A**-Agénero, **GF**-Género fluido, **GN**-Género no conforme, **GQ**-Genderqueer (intergénero), **M**-Hombre, **NB**-No binario, **NL**-No enlistado, **P**-Prefiero no responder, **Q**-Cuestionando o inseguro/a, **TG**-Tercer género, **TM**-Hombre trans, **TW**-Mujer trans, **T**-Transgénero, **TS**-Dos espíritus, **W**-Mujer

****Raza/origen étnico** (Elija el código con el cual se identifique mejor a cada miembro de la familia): **AI**-Indio americano/Nativo de Alaska, **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**-Hispano/Latino, **N**-Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico, **W**-Blanco/Caucásico.

4 Solicitante o padre/tutor (obligatorio)

Si esta póliza solamente cubre a los hijos/dependientes, PacificSource requiere que el padre o tutor responsable proporcione su información.

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) ____ Identidad de género* ____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** ____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Estado civil Soltero(a) Casado(a) Sociedad doméstica

Dirección física _____

Ciudad _____ Estado ____ Código postal ____ Condado _____

Teléfono _____ Email _____

Dirección postal (en caso de ser distinta) _____

Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

5

Cónyuge o pareja doméstica (Continúe con la sección 6 si usted no desea inscribir a su cónyuge o pareja doméstica).

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) _____ Identidad de género* _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

6

Hijo(a) dependiente (Continúe con la sección 7 si usted no desea inscribir a sus dependientes).

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) _____ Identidad de género* _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) _____ Identidad de género* _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) _____ Identidad de género* _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) _____ Identidad de género* _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) _____ Identidad de género* _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Por favor utilice hojas adicionales si es necesario. He anexado _____ hojas adicionales

7 Información sobre mis otros seguros

¿Tiene usted o alguna de las personas enlistadas en este formulario de inscripción otros seguros dentales, incluyendo seguros comerciales (seguro de grupo del empleador o seguro dental individual) o una cobertura Medicare Advantage? Sí No (Si usted no tiene otras coberturas, continúe con la sección 8).

Nombre de la(s) otra(s) aseguradora(s) (incluya dirección y número de teléfono, si lo conoce).

_____ No. de póliza _____
_____ No. de póliza _____
_____ No. de póliza _____

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s)

_____ ¿Está activa la cobertura? Sí No

Si es un seguro de grupo, indique el nombre del grupo _____

Fecha de inicio de la cobertura ____/____/____ ¿Se termina esta cobertura? Sí No

Si la respuesta es "Sí", cuál es la fecha de terminación de la cobertura? ____/____/____

8 Certificación, autorización y firma

Asegúrese de firmar y anotar la fecha en esta página y en la siguiente. También es necesario que su cónyuge o pareja doméstica firme el documento (en caso de que aplique), así como sus hijos de 18 años de edad o mayores.

Certificación de Información Completa y Correcta

Afirmo que las respuestas proporcionadas en esta solicitud de inscripción son completas y correctas. Estoy proporcionando estas respuestas como parte del procedimiento de inscripción que requiere PacificSource para poderme inscribir en su cobertura de seguro. Entiendo que si este formulario de inscripción contiene información intencionalmente falsa o fraudulenta, PacificSource podrá modificar o cancelar el contrato y/o tomar cualquier otra acción legal disponible bajo la ley. Me comprometo a informar oportunamente y por escrito a PacificSource en caso de que ocurra cualquier cosa que pudiera hacer que la información proporcionada en este formulario de inscripción sea incompleta o incorrecta. Entiendo y acepto que la cobertura no entrará en vigor sino hasta que sea aceptada por PacificSource. En caso de ser aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha de vigencia que determine PacificSource. Es posible que un representante de PacificSource se ponga en contacto conmigo para aclarar las respuestas proporcionadas en este formulario de inscripción. Las declaraciones realizadas por el solicitante se considerarán como declaraciones realizadas en representación de cada una de las personas cubiertas por esta póliza. Sin embargo, los cambios a la información incluida en el formulario de inscripción no entrarán en vigor sino hasta que hayan sido aprobados por escrito por el solicitante. Cualquier formulario de inscripción que sea recibido por PacificSource y que requiera de modificaciones será modificado por enmienda y enviado al solicitante para su firma. Como solicitante, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información en mi expediente.

Consentimiento sobre comunicaciones electrónicas

Al marcar el recuadro "Sí" que aparece en la página siguiente, usted otorga su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas seguras de PacificSource con respecto a su solicitud y/o estatus de inscripción, cambios en la cobertura del seguro, terminación de la cobertura e información sobre el plan y sus beneficios.

Este consentimiento continuará mientras siga vigente el plan en el cual usted se inscriba. Usted puede optar por dejar de recibir nuestros comunicados electrónicos en cualquier momento que lo desee poniéndose en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente al **888-977-9299**. Si usted desea solicitar una copia impresa de su solicitud y/o de su información de inscripción sin costo alguno, póngase en contacto con nosotros al email Individual@PacificSource.com o al teléfono **800-591-6579**. La comunicación por medios electrónicos se ofrece para mayor conveniencia solamente. Si usted opta por dejar de recibir las comunicaciones electrónicas, esto no afectará su inscripción. No se aplica cargo alguno por cambiar entre las comunicaciones electrónicas y aquellas impresas en papel.

A fin de llenar y enviar su solicitud por medios electrónicos, usted debe utilizar una computadora portátil u otro dispositivo capaz de acceder al Internet y visualizar archivos en formato PDF (formato de documento portátil). También es posible que PacificSource le envíe documentos en formato PDF como parte del proceso de solicitud. Usted puede obtener una copia gratuita del software para visualizar archivos PDF en Get.Adobe.com/Reader. PacificSource se toma muy en serio la seguridad de las comunicaciones y la información electrónica. Si usted tiene alguna duda sobre nuestros métodos de encriptación, el uso del hardware/software o nuestras políticas y procedimientos de seguridad, por favor póngase en contacto con nosotros al email Individual@PacificSource.com.

Estoy de acuerdo en recibir mensajes por email: Sí No

Dirección de email _____

Estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto: Sí No

Número de teléfono móvil _____

He/hemos leído esta autorización y comprendo/comprendemos su información.

Solicitante o padre/tutor:

Nombre (con letra de imprenta) del Padre/madre Tutor Solicitante _____

Firma _____ Fecha _____

En caso de inscribirse en la cobertura:

Firma del cónyuge/pareja doméstica _____ Fecha _____

Firma de hijo(s) de 18 años de edad o mayores _____ Fecha _____

Firma de hijo(s) de 18 años de edad o mayores _____ Fecha _____

Firme y anote la fecha en este formulario de inscripción. Es necesario llenar todas las secciones para que esta autorización sea válida. De aceptarse la inscripción, PacificSource proporcionará al titular de la póliza una copia de este formulario si así lo solicita. Esta póliza solamente provee beneficios dentales. Lea su póliza cuidadosamente.

9 Autorización del agente (Continúe con la sección 10 si usted no está trabajando con un agente).

Yo, como agente de seguros, no he realizado declaraciones al solicitante acerca de cualquier disposición, beneficio, condición o limitación de la póliza, a excepción de los materiales impresos que han sido proporcionados por PacificSource. El solicitante ha sido informado que la fecha de vigencia de la cobertura es asignada solamente por PacificSource. Por este medio certifico que la información que me fue proporcionada por el solicitante ha sido registrada de manera verdadera y precisa en este documento.

Nombre del solicitante (con letra de imprenta) _____

Nombre del agente (con letra de imprenta) _____

Núm. de agente de PacificSource _____

Firma del agente _____ Fecha _____

10

¿Cómo prefiere usted pagar las primas a futuro?

Usted debe pagar la prima del primer mes realizando el pago en línea en InTouch.PacificSource.com/OneTimePayment o enviando un cheque por correo. Esta póliza no entrará en vigor sino hasta que recibamos el pago inicial. *No aceptamos pagos de terceros, excepto cuando así lo requieran las leyes federales.*

Por favor indique su método de pago para pagar las primas a futuro.

Favor de enviarme una factura impresa por correo cada mes (*Continúe con la sección 11*)

Retiro automático de mi cuenta de banco (EFT). *El pago del primer mes no puede realizarse por transferencia electrónica de fondos (EFT).*

Autorizamos e instruimos a PacificSource Health Plans para que realice el retiro de fondos según se indica a continuación:

Monto del retiro mensual \$_____ Los retiros se realizan el día 5 de cada mes.

Seleccione uno: Iniciar las transferencias en la siguiente fecha disponible Retrasar las transferencias hasta _____(mes)

Información del banco

Nombre del banco _____

Núm. de cuenta _____ Núm. de ruta _____

Tipo de cuenta

Cheques—adjunte un cheque cancelado Ahorros—adjunte una ficha de retiro cancelada

Esta autorización estará vigente hasta que sea cancelada por cualquiera de las partes. En caso de que cambie la prima de la póliza individual, esta autorización se modificará automáticamente para autorizar el retiro de un monto equivalente a la nueva prima.

Nombre del solicitante o del padre/tutor (con letra de imprenta) _____ Fecha _____

Firma del titular de la cuenta bancaria _____ Fecha _____

Detalles importantes acerca del retiro automático de las primas mensuales:

- La configuración inicial tarda hasta 30 días. Si su póliza es aceptada y la cobertura inicia antes de que comiencen los retiros mensuales, es posible que usted tenga que pagar con cheque o en línea hasta que se haya establecido el proceso de transferencia de fondos.
- Las transferencias se realizan el día 5 de cada mes. Si el día 5 cae en un fin de semana o un día festivo, la transferencia se realizará el siguiente día hábil.
- Las transferencias se realizarán en base al saldo a pagar de la prima.
- En caso de que no se haya configurado la transferencia electrónica de fondos (EFT) antes de la fecha de facturación del segundo mes, es posible que usted reciba una factura impresa correspondiente al segundo mes. ¡Muchas gracias por inscribirse!

¿Está usted listo para enviar su solicitud?

¿Llenó por completo todas las secciones?

¿Adjuntó la documentación solicitada (por ejemplo: documentos de tutela, etc.)?

¿Seleccionó una fecha de cobertura de la póliza en la página 2?

¿Ha incluido el pago de la prima correspondiente al primer mes (obligatorio antes de que la póliza entre en vigor)?

¿Seleccionó una opción de pago y adjuntó un cheque cancelado en caso de ser necesario? (Consulte la sección 10)

Llene por completo el formulario, fírmelo y envíelo junto con los documentos adjuntos por:

Email: Individual@PacificSource.com

Fax: 541-225-3646

Correo: PacificSource Health Plans, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068

¡Muchas gracias por inscribirse!

Discrimination is Against the Law

PacificSource Health Plans (“PacificSource”) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. PacificSource does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

PacificSource:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at 888-977-9299.

If you believe that PacificSource has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068, 888-977-9299, TTY 711, Fax 541-684-5264, or email CRC@PacificSource.com. Please indicate you wish to file a civil rights grievance. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Customer Service Department is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Amharic	ይህ ማስታወቂያ አስፈላጊ መረጃ ይዟል። ይህ ማስታወቂያ ስለ ማመልከቻዎ ወይም የPacificSource Health Plans ሽፋን አስፈላጊ መረጃ አለው። በዚህ ማስታወቂያ ውስጥ ቁልፍ ቀናችን ፈልጎ። የጤናን ሽፋንዎን ለመጠበቅና በአከፋፈል እርዳታ ለማግኘት በተውሰኑ የጊዜ ገደቦች እርምጃ መውሰድ ይገባዎት ይሆናል። ይህን መረጃ እንዲያገኙ እና ያለምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታ እንዲያገኙ መብት አለዎት። (888) 977-9299 ይደውሉ።
Arabic	يحتوي هذا الإشعار معلومات هامة. يحتوي هذا الإشعار معلومات مهمة بخصوص طلبك للحصول على التغطية من خلال PacificSource Health Plans. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ اجراء في تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية او للمساعدة في دفع التكاليف. لك الحق في الحصول على المعلومات والمساعدة بلغتك (888) 9299-977 من دون أي تكلفة. اتصل بـ

Bantu-Kirundi	Iyi notice ifise akamaro k'ingenzi. Iyi notice ifise akamaro kingene utegerezwa gusaba canke ivyerekeye PacificSource Health Plans, ucuraba ko ibikenewe kuriyi notice, ushobora gufata umwanzuro ukungene wokurikirana ubuzima bwawe uburihiye. Kandi ukongera kugira uburenganzira bwo kwigenga kuronka amakuru n'ubufasha mu rurimi gwawe atacyo utanze. Hamagara (888) 977-9299.
Cambodian-Mon-Khmer	បសចកតិដូនៃណឹងបនេះ ម្តងពីរឺម្តងយ៉ាងសំខាន់ ។ បសចកតិដូនៃណឹងបនេះ ម្តងពីរឺម្តងយ៉ាងសំខាន់ អំពីប្រុងដំណើរ ឬ ការរារាំង របស់អ្នកតាមរយៈ PacificSource Health Plans។ សូមដឹងឯករាជ្យរបស់ចេញសំខាន់ចាំបាច់ ប្រើប្រាស់បសចកតិដូនៃណឹងបនេះ ។ អ្នកប្រុងដំណើរជាប្រចាំការបច្ចេកទេសកម្មភាព ដែលកំណត់ថ្លៃជាក់ចាស់នានា បើបើបីនឹងការកែច្នៃការរារាំង សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រាក់ជំនួយបច្ចេកទេស ។ អ្នកម្តងសិរីលឿនពីរឺម្តងបនេះ នឹងជំនួយប្រើប្រាស់ភាសារបស់អ្នកដោយមិនអង្វរលុយបើយ ។ សូមទូរស័ព្ទ (888) 977-9299។
Chinese	本通知含有重要的訊息。本通知對於您透過 PacificSource Health Plans 所提出的申請或保險有重要的訊息。請在本通知中查看重要的日期。您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢。您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 請致電 (888) 977-9299。
Cushite-Oromo	Beeksisni kun odeeffannoo barbaachisaa qaba. Beeksisti kun sagantaa yookan karaa PacificSource Health Plans tiin tajaajila keessan ilaalchisee odeeffannoo barbaachisaa qaba. Guyyaawwan murteessaa ta'an beeksisa kana keessatti ilaalaa. Tarii kaffaltiidhaan deeggaramuuf yookan tajaajila fayyaa keessaniif guyyaa dhumaa irratti wanti raawwattan jiraachuu danda'a. Kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabaattu. Lakkoofsa bilbilaa (888) 977-9299 tii bilbilaa.
French	Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de PacificSource Health Plans. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez (888) 977-9299.
German	Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch PacificSource Health Plans. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter (888) 977-9299.
Italian	Questo avviso contiene informazioni importanti sulla tua domanda o copertura attraverso PacificSource Health Plans. Cerca le date chiave in questo avviso. Potrebbe essere necessario un tuo intervento entro una scadenza determinata per consentirti di mantenere la tua copertura o sovvenzione. Hai il diritto di ottenere queste informazioni e assistenza nella tua lingua gratuitamente. Chiama (888) 977-9299.
Japanese	この通知には重要な情報が含まれています。この通知には、PacificSource Health Plans の申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。(888) 977-9299までお電話ください。

Korean	<p>본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 PacificSource Health Plans 을 통한 커버리지 에 관한 정보를 포함하고 있습니다.</p> <p>본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하는 귀하의 건강 커버리지를 계속 유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 리가 있습니다. (888) 977-9299 로 전화하십시오.</p>
Laotian	<p>ການແຈ້ງການນີ້ ມີຂໍ້ ມູ ນໍ້ສາຄໍ ນ. ການແຈ້ງການນີ້ ມີຂໍ້ ມູ ນໍ້ສາຄໍ ນກໍ່ ງອກ ບໍ່ຄາຍ້ ອງສະໜັ ກຫ ັ້ ການຄໍ ມ ອອງຂອງທ່ ານໂດຍຜ່ ານ PacificSource Health Plans. ຕື່ ບ່ງສາຄໍ ບກໍ່ ານ ດວ້ ນທ ັ້ ສາຄໍ ນໃນແຈ້ ງການນີ້ . ທ່ ານອາດຈາເບ້ ນຕໍ່ ອງໃຊ້ ເວລາດາເນນການໂດຍກໍ່ ານ ດເວລາທ່ ານ ນອນ ຈະ ຮໍ ກສາການຄໍ ມອອງສຂະພາບຂອງທ່ ານຫ ັ້ ການຊໍ ວຍເຫ ັ້ ອໍ່ທມຄໍ າໃຊ້ ຈໍ າຍ. ທ່ ານມັສດທຈະໄດ້ ຮໍ ບໍ່ຂໍ້ ມູ ນ ຂໍ າວສານນີ້ ແລະການຊໍ ວຍເຫ ັ້ ອໃນພາສາຂອງທ່ ານທໍ່ບມຄໍ າໃຊ້ ຈໍ າຍ. ໂທ (888) 977-9299.</p>
Nepali	<p>यो स चनामाा महत्त्वप र्ु जानकारी छ । यो स चनामाा तपाईंको ो आवेिन वा PacificSource Health Plans का माध्यमबाट प्राप्त हुने सद्ु विबारे महत्त्वपर्ु जानकारी छ । यो सचू नामा भएका महत्त्वपर्ु दमदतहरू ख्याल िनुहु ोस् । तपाईंले पाइरहके ो स्वास्थ्य दबमा पाइरहन वा तपाईंको खचुको भक्तानीमाुसहायता पाउन के ही समयकारवाही िन -सीमामा काम-ुपनु हनसक्छु । तपाईंले यो जानकारी र सहायता आफ्नो मातभू ाषामा दन शल्ु क पाउनु तपाईंको अदिकारः हो (888) 977-9299 मा फोन िनुहु ोस् ।</p>
Norwegian	<p>Denne kunngjøringen har viktig informasjon. Kunngjøringen inneholder viktig informasjon om programmet eller dekning gjennom PacificSource Health Plans. Se etter viktige datoer i denne kunngjøringen. Du må kanskje ta affære ved visse frister for å beholde helse-dekning eller økonomisk bistand. Du har rett til å få denne informasjonen og hjelp i ditt spark uten kostnad. Ring (888) 977-9299.</p>
Pennsylvania Dutch	<p>Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft. Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft baut dei Application oder Coverage mit PacificSource Health Plans. Geb Acht fer wichdiche Daadem in die Bekanntmachung. Es iss meeglich, ass du ebbes duh muscht, an beschtimnde Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kansch, odder bezaahle helfe kansch. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deinre eegne Schprooch griege, un die Hilf koschtet nix. Kansch du (888) 977-9299 uffrufe</p>
Persian	<p>این اعلامیه حامی اطلاعات مهم میباشد. این اعلامیه حامی اطلاعات مهم درباره فرم تقاضا و یا پوشش بیمه ای شما مربوط به PacificSource Health Plans به تاریخ های مهم در این اعلامیه توجه نمایید. شما ممکن است تا به تاریخ های مشخصی برای حفظ پوشش مزایای یا برای کمک به مخارج مزایای ملزوم به انجام کارهایی شما حق این را دارید که این اطلاعات و کمک را به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید (888) 977-9299</p>
Punjabi	<p>ਇਸ ਨੇ ਜਿਸ ਜਵਚ ਖਾਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ. ਇਸ ਨੇ ਜਿਸ ਜਵਚ PacificSource Health Plans ਵਲੋਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਅਤੇ ਅਰਜੀ ਿਾਰੇ ਮਹਿੰ ਤਵਪ ਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ . ਇਸ ਨੇ ਜਿਸ ਜਵਚ ਖਾਸ ਤਾਰੀਖਾ ਲਈ ਵੇਖੋ. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀ ਜਸਹਤਕਵਰੇਜ ਰਿੱਖਣੀ ਹੋਵੇ ਜਾ ਓਸ ਦੀ ਲਾਗਤ ਜਵਿੱ ਚ ਮਦਦ ਦੇ ਇਛੁਿੱ ਕ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨ ੂੰ ਆ ਤਮ ਤਾਜਰਖ ਤੋ ਪਜਹਲਾਂ ਕੁਿੱ ਝ ਖਾਸ ਕਦਮ ਚੁਿੱ ਕਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਤੁਹਾਨ ੂੰ ਮੁਫਤ ਜਵਚ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਭਾਸਾ ਜਵਿੱ ਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ ਪਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਜਿਕਾਰ ਹੈ. ਕਾਲ (888) 977-9299</p>
Romanian	<p>Prezenta notificare conține informații importante. Această notificare conține informații importante privind cererea sau acoperirea asigurării dumneavoastră de sănătate prin PacificSource Health Plans. Căutați datele cheie din această notificare. Este posibil să fie nevoie să acționați până la anumite termene limită pentru a vă menține acoperirea asigurării de sănătate sau asistența privitoare la costuri. Aveți dreptul de a obține gratuit aceste informații și ajutor în limba dumneavoastră. Sunați la (888) 977-9299.</p>

Russian	Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через PacificSource Health Plans. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону (888) 977-9299.
Serbo-Croatian	U ovom obavještenju su sadržane važne informacije. U ovom obavještenju su sadržane važne informacije o Vašoj prijavi ili osiguranju preko PacificSource Health Plans. Pogledajte nalaze li se u ovom obavještenju neki ključni datumi. Možda ćete morati poduzeti određene radnje u datom roku kako biste i dalje zadržali svoje osiguranje ili pomoć pri plaćanju. Imate pravo da ove informacije, kao i pomoć, dobijete besplatno na svom jeziku. Nazovite (888) 977-9299.
Spanish	Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de PacificSource Health Plans. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al (888) 977-9299.
Tagalog	Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng PacificSource Health Plans. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa (888) 977-9299.
Thai	ประกาศนี้มีข้อมูลสำคัญประกาศนี้มีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการการสมัครหรือขอขอบเขตประกันสุขภาพของคุณผ่าน PacificSource Health Plans ดูกำหนดการในประกาศนี้คุณอาจจะต้องดำเนินการภายในกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนเพื่อจะรักษาการประกันสุขภาพของคุณหรือการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่ายคุณมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือนี้ในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่ายโทร (888) 977-9299.
Ukrainian	Це повідомлення містить важливу інформацію. Це повідомлення містить важливу інформацію про Ваше звернення щодо страховального покриття через PacificSource Health Plans. Зверніть увагу на ключові дати, вказані у цьому повідомленні. Існує імовірність того, що Вам треба буде здійснити певні кроки у конкретні кінцеві строки для того, щоб зберегти Ваше медичне страхування або отримати фінансову допомогу. У Вас є право на отримання цієї інформації та допомоги безкоштовно на Вашій рідній мові. Дзвоніть за номером телефону (888) 977-9299.
Vietnamese	Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình PacificSource Health Plans. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Xin gọi số (888) 977-9299.

Idaho dental plans for individuals and families

Sample general limitations and exclusions



As with any insurance plan, there are some services and treatments that have coverage limits or are not covered at all. For example, experimental procedures are typically not covered. This document outlines what's not covered by your dental plan.

Please note: A full explanation of benefits, including limitations and exclusions, will be provided in your policy. Only the language of the actual policy is legally binding.

This policy does not provide benefits in any of the following circumstances or for any of the following conditions.

- Aesthetic (cosmetic) dental procedures – Services and supplies provided in connection with dental procedures that are primarily aesthetic, including bleaching of teeth and labial veneers.
 - Alveolectomy when performed in conjunction with tooth extraction – Separate charge not covered for Members age 19 and older.
 - Anesthesia when performed in conjunction with a restorative procedure – Separate charge not covered for Members age 19 and older.
 - Antimicrobial agents – Localized delivery of antimicrobial agents into diseased crevicular tissue via a controlled release vehicle.
 - Athletic injuries sustained while competing or practicing for a professional athletic contest.
 - Athletic mouth guards for Members age 19 and older.
 - Biopsies or histopathologic exams – A separate charge for a biopsy of oral tissue or histopathologic exam.
 - Cast Restorations for partial denture Abutment teeth or for splinting purposes unless the tooth in and of itself requires a Cast Restoration.
 - Charges for phone consultations, missed appointments, get acquainted visits, completion of claim forms, or reports PacificSource needs to process claims.
 - Collection of cultures and specimens for Members age 19 and older.
 - Connector bar or stress breaker.
 - Core build-ups unless used to restore a tooth that has been treated endodontically (root canal) for Members age 19 and older.
 - Cosmetic reconstructive services and supplies – Procedures, appliances, Restorations, or other services that are primarily for cosmetic purposes. (Congenital Anomalies are not considered cosmetic.)
 - Denture adjustment or relines performed within six months of the initial placement.
 - Denture replacement due to loss, theft, or breakage, unless otherwise noted in Covered Services.
 - Diagnostic casts (study models) for Members age 19 and older.
 - Drugs and medications that are prescribed drugs and take-home medicine or supplies distributed by a Provider for any Member. As well as premedication drugs, analgesics, and any other euphoric drugs for Members age 19 and older.
 - Educational programs – Instructions and/or training in plaque control and oral hygiene for Members age 19 and older.
 - Experimental, Investigational, or Unproven – This policy does not cover services, supplies, protocols, procedures, devices, chemotherapy, drugs or medicines, or the use thereof that are Experimental, Investigational, or Unproven for the diagnosis and treatment of the Member. This limitation also excludes treatment that, when and for the purpose rendered: has not yet received recognized compendia support (for example, UpToDate, Lexicomp, FDA) for other than Experimental, Investigational, or Unproven, or clinical testing; is not of generally accepted medical practice in your policy's state of issuance or as determined by medical advisors, medical associations, and/or technology resources; is not approved for reimbursement by the Centers for Medicare and Medicaid Services; is furnished in connection with medical or other research; or is considered by any governmental agency or subdivision to be Experimental, Investigational, or Unproven, not reasonable and necessary, or any similar finding.
- If you or your Provider have any concerns about whether a course of treatment will be covered, we encourage you to contact our Customer Service team. We will arrange for medical review of your case against our criteria, and notify you of whether or not the proposed treatment will be covered.
- Fractures of the maxilla and mandible – Surgery, services, and supplies provided in connection with the treatment of simple or compound fractures of the maxilla or mandible.
 - General anesthesia except when administered by a Provider in connection with oral surgery in their office, unless otherwise noted in Covered Services.
 - Gingivectomy, gingivoplasty, or crown lengthening in conjunction with crown preparation or fixed bridge services done on the same date of service.

- Gnathological recordings, occlusal equilibration procedures, or similar procedures.
- Hospital charges or additional fees charged by the Provider for hospital treatment for Members age 19 and older.
- Hypnotherapy.
- Indirect pulp caps are to be included in the Restoration process, and are not a separate Covered Service.
- Infection control – A separate charge for infection control or sterilization.
- Intra and extra coronal splinting – Devices and procedures for intra and extra coronal splinting to stabilize mobile teeth.
- Mail order or Internet/web based Providers are not eligible Providers.
- Orthodontic services – Repair or replacement of orthodontic appliances.
- Orthodontic services – Treatment of misalignment of teeth and/or jaws, or any ancillary services performed because of orthodontic treatment, except as specified in the Covered Services section.
- Orthognathic surgery – Services and supplies to augment or reduce the upper or lower jaw.
- Periodontal probing, charting, and re-evaluations.
- Photographic images.
- Pin retention in addition to Restoration for Members age 19 and older.
- Precision attachments.
- Pulpotomies on permanent teeth for Members age 19 and older.
- Removal of clinically serviceable Amalgam Restorations to be replaced by other materials free of mercury, except with proof of allergy to mercury.
- Scheduled and/or non-emergent care outside of the United States.
- Services covered by the Member's medical policy.
- Services for rebuilding or maintaining chewing surfaces due to teeth out of alignment or occlusion, or for stabilizing the teeth.
- Services for which no charge is normally made in the absence of insurance.
- Services or supplies not listed as a Covered Service, unless required under federal or state law.
- Services or supplies covered under any policy or program established by a domestic or foreign government or political subdivision, unless such exclusion is prohibited by law.
- Services or supplies with no charge, or for which the Member is not legally required to pay, or for which a Provider or facility is not licensed to provide even though the service or supply may otherwise be eligible. This exclusion includes any services provided by the Member, or any licensed professional that is directly related to the Member by blood or marriage.
- Sinus lift grafts to prepare sinus site for implants.
- Stress-breaking or habit-breaking appliances.
- Temporomandibular joint (TMJ) – Services or supplies for treatment of any disturbance of the temporomandibular joint.
- Third party liability, motor vehicle liability, motor vehicle insurance coverage, workers' compensation – Any services or supplies for Illness or Injury for which a third party is responsible or which are payable by such third party or which are payable pursuant to applicable workers' compensation laws, motor vehicle liability, uninsured motorist, underinsured motorist, and Personal Injury Protection (PIP) insurance and any other liability and voluntary medical payment insurance to the extent of any recovery received from or on behalf of such sources.
- Tooth transplantation – Services and supplies provided in connection with tooth transplantation, including re-implantation from one site to another, splinting, and/or stabilization. This exclusion does not relate to the re-implantation of a tooth into its original socket after it has been avulsed.
- Treatment after insurance ends – Services or supplies a Member receives after the Member's coverage under this policy ends. The only exception is for Class III Services ordered and fitted before enrollment ends and are placed within 31 days after enrollment ends.
- Treatment not Dentally Necessary, according to acceptable dental practice, or treatment not likely to have a reasonably favorable prognosis.
- Treatment of any Illness or Injury arising out of an illegal act or occupation or participation in a felony.
- Treatment prior to enrollment or satisfaction of an Exclusion Period, if applicable.
- Unwilling to release information – Charges for services or supplies for which a Member is unwilling to release dental or eligibility information necessary to determine the benefits covered under this policy.
- War-related conditions – The treatment of any condition caused by or arising out of an act of war, armed invasion, or while in the service of the armed forces unless not covered by the Member's military or veterans coverage.

Renewability of individual policy

This policy is guaranteed renewable with respect to all Members at the option of the Policyholder, except in the following cases:

- For nonpayment of the required premium. Notice of cancellation for nonpayment of premiums will be mailed within 15 days after the due date of the missed premium for that period;
- For fraud or the intentional misrepresentation of a material fact by the Policyholder;
- When PacificSource discontinues offering or renewing all of its individual stand-alone dental policies within the state of issuance or in a specific area within the state. Discontinuation of all individual stand-alone dental policies are subject to notification at least 180 days in advance of discontinuation of the policies;
- When PacificSource discontinues offering or renewing this policy in a specified area within the state of issuance because of an inability to reach an agreement with the Providers or organization of Providers to provide services under the policy within the service area. Discontinuation of this policy is subject to notification at least 90 days in advance of discontinuation of the policy;
- If the Department of Insurance finds that renewal would not be in the interest of the Member, or would impair PacificSource's ability to meet its contractual obligations;
- When the Member no longer lives or resides in the state of issuance or counties in which the product is offered; or
- When the Policyholder terminates the policy on any premium due date with 15 days prior written notice.

Disclosure of premium practices and guarantees

a) How Premiums Are Set

Your premium is determined by the benefits you selected, your geographic location, and the age of the individuals covered on your policy. Any renewal premium increase is due to changes in age and any increase approved by the Department of Insurance.

b) Premium Guarantee

We guarantee initial premium until your next renewal date. Your premium may change if you change your benefits at renewal.