



Para inscribirse en línea, visite modahealth.com/shop.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar.

Llámenos de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:30 p. m., hora de la montaña, al 844-931-1775.

2024 | Moda Health Plan, Inc. Solicitud para el plan de salud individual: Área de servicio de Moda Select

para individuos y familias de Idaho de los condados de Ada, Adams, Bannock, Bingham, Boise, Canyon, Caribou, Cassia, Elmore, Fremont, Gem, Jefferson, Madison, Minidoka, Oneida, Owyhee, Payette, Power, Teton y Washington

Nota: Para poder inscribirse, el suscriptor y los dependientes deben residir en el área de servicio de Moda Select. Los hijos que viven fuera de Idaho pueden tener cobertura si son estudiantes a tiempo completo o cuentan con una orden médica calificada de manutención de los hijos (QMCSO).

Complete todas las secciones de esta solicitud y envíenosla. Si la solicitud está incompleta o necesitamos más información, se puede postergar la fecha de entrada en vigor. Asegúrese de que la información esté escrita con letra clara. Si hay algo que no entendemos, le regresaremos la solicitud. Para la mayoría de las inscripciones, debemos recibir su solicitud completa a más tardar el día 15 del mes anterior a la fecha de entrada en vigor solicitada. En el caso de inscripciones especiales, debemos recibir esta solicitud y la documentación de respaldo en un plazo de 60 días después de la fecha del evento que justifica la inscripción especial. El proceso de solicitud podría postergarse o rechazarse si no se presenta documentación de respaldo. Para agilizar su solicitud, complete el formulario e incluya su firma electrónica o la identificación digital con firma personal de Adobe. También puede completar este formulario de solicitud con bolígrafo negro o azul e incluir su firma manuscrita.

Sección 1 ▶ Tipo de solicitud

Solicito la inscripción o los cambios por el siguiente motivo:

Inscripción abierta

- Póliza o suscriptor nuevos
- Incorporación de dependiente a un plan existente
- Cambio de plan únicamente

Nombre del suscriptor existente

Identificación del suscriptor existente

Si se trata de una solicitud por inscripción especial, debe incluir un certificado de la circunstancia de vida por la cual cumple con los requisitos. **Puede encontrar una lista de la documentación aceptable para respaldar la circunstancia de vida y las fechas disponibles de entrada en vigor de la cobertura en modahealth.com/shop/special-enrollment.**

Debe haber ocurrido un evento que justifique la inscripción especial para realizar cambios o nuevas pólizas fuera del período de inscripción abierta.

Inscripción especial

Fecha del evento (mm/dd/aaaa)

- Matrimonio o unión de hecho con una pareja doméstica
- Nacimiento, adopción o colocación en adopción
- Pérdida de la cobertura por cumplir 26 años
- Pérdida de la cobertura por disolución del matrimonio o la unión de hecho con una pareja doméstica
- Pérdida de elegibilidad para una cobertura de grupo
- Finalización de la cobertura conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) debido al término de la cobertura, de las contribuciones para la prima del empleador o de un subsidio gubernamental
- Otro: _____

Sección 2 > Elegibilidad y residencia

Para poder solicitar nuestros planes de salud individuales de Idaho, actualmente debe vivir y tener domicilio permanente en el área de servicio. Debe residir en el área de servicio durante un mínimo de 6 meses al año. Los individuos que cumplen con los requisitos en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) están exentos de esta condición de residencia de 6 meses. No puede estar inscrito en Medicare ni vivir en el área de servicio para tener cobertura de salud o por otro motivo temporal, como recibir tratamiento. Vivir en un centro de atención residencial para recibir tratamiento, no cumple con la condición de residencia.

Confirmando que cumplo con estas condiciones.

Sección 3 > Selección del plan

Elija el siguiente plan médico con la fecha de entrada en vigor solicitada __/__/____:

- Moda Select Gold 1000 Separate Rx + Vision Exam
- Moda Select Gold 2200 + Vision Exam
- Moda Select Silver 3000 Separate Rx + Vision Exam
- Moda Select Silver 6400 + Vision Exam
- Moda Select Bronze 8900 + Vision Exam
- Moda Select Bronze HSA 7500

Los planes médicos individuales de Moda Health están diseñados para satisfacer sus necesidades de atención médica mediante una colaboración entre usted y su proveedor de atención primaria (PCP) de la red. El PCP coordina su atención. Le recomendamos que busque un PCP que forme parte de nuestra red durante este proceso de solicitud. Visite modahealth.com/idaho y haga clic en "Find Care" (Buscar atención) para confirmar que su PCP forme parte de la red.

Sección 4 ▶ Información del suscriptor

En esta sección, se debe incluir la información del **suscriptor**.

¿Es un plan exclusivo para hijos? No Sí

Si la respuesta es "Sí", designe al hijo más pequeño como suscriptor. Los hijos de 26 años o más deben tener su propia póliza.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Forma de tratamiento
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social		
Consumidor de tabaco* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>* Un consumidor de tabaco es alguien que ha consumido tabaco legalmente en cualquier forma (que no sea religiosa o ceremonial) cuatro o más veces por semana, en promedio, durante el último mes.</i>			
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			
Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario o tercer género <input type="checkbox"/> En cuestionamiento <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otra <i>Estos campos son opcionales. Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Recopilamos esta información para que nuestro personal pueda referirse a usted y comunicarse con usted de la manera más apropiada y respetuosa.</i>			
Nombre del PCP			
Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____			
Idioma preferido para comunicaciones orales y escritas <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Condado			
Dirección de correo postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono fijo	Número de teléfono celular	

Sección 5 ► Información de dependientes: Cónyuge o pareja doméstica

Complete esta sección sobre el cónyuge o la pareja doméstica que tendrá cobertura con este plan médico.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Forma de tratamiento
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario o tercer género <input type="checkbox"/> En cuestionamiento <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otra <i>Estos campos son opcionales. Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Recopilamos esta información para que nuestro personal pueda referirse a usted y comunicarse con usted de la manera más apropiada y respetuosa.</i>			
Nombre del PCP			
Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____			
Idioma preferido para comunicaciones orales y escritas <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			

Sección 6 > Información de dependientes: Hijos que viven solo en el área de servicio (no se ofrece cobertura de dependientes fuera del área de servicio, a excepción de los estudiantes a tiempo completo o los hijos que cuentan con una QMCSO)

Incluya todos los hijos que tendrán cobertura con este plan de salud (deben tener menos de 26 años). Si es necesario, adjunte más copias de esta página para incluir a otros familiares en esta solicitud.

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Forma de tratamiento	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			
Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario o tercer género <input type="checkbox"/> En cuestionamiento <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otra <i>Estos campos son opcionales. Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Recopilamos esta información para que nuestro personal pueda referirse a usted y comunicarse con usted de la manera más apropiada y respetuosa.</i>							
Nombre del PCP							

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Forma de tratamiento	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			
Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario o tercer género <input type="checkbox"/> En cuestionamiento <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otra <i>Estos campos son opcionales. Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Recopilamos esta información para que nuestro personal pueda referirse a usted y comunicarse con usted de la manera más apropiada y respetuosa.</i>							
Nombre del PCP							

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Forma de tratamiento	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			
Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario o tercer género <input type="checkbox"/> En cuestionamiento <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otra <i>Estos campos son opcionales. Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Recopilamos esta información para que nuestro personal pueda referirse a usted y comunicarse con usted de la manera más apropiada y respetuosa.</i>							
Nombre del PCP							

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Forma de tratamiento
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario o tercer género <input type="checkbox"/> En cuestionamiento <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otra <i>Estos campos son opcionales. Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Recopilamos esta información para que nuestro personal pueda referirse a usted y comunicarse con usted de la manera más apropiada y respetuosa.</i>			
Nombre del PCP			

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Forma de tratamiento
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cisgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> No binario o tercer género <input type="checkbox"/> En cuestionamiento <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otra <i>Estos campos son opcionales. Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Recopilamos esta información para que nuestro personal pueda referirse a usted y comunicarse con usted de la manera más apropiada y respetuosa.</i>			
Nombre del PCP			

Si alguno de los niños mencionados anteriormente es de otra raza o habla un idioma principal distinto al del suscriptor, indique su nombre, raza (opcional) e idioma principal a continuación. Si el hijo vive fuera del área de servicio de la red, envíe la QMCSO o la documentación de la inscripción del hijo en una escuela fuera del estado por correo electrónico a individualapp@modahealth.com, por fax al 503-219-3696, o por correo postal a Membership Accounting, 601 SW Second Ave., Portland, OR 97204-3156. El hijo inscrito cumplirá con los requisitos para obtener cobertura fuera del área de servicio el primer día del mes posterior a la fecha en que se reciba la documentación y la dirección se actualice en el sistema de Moda Health.

Sección 7 > Otro seguro

¿Contará con otro seguro médico?

Sí No

Sección 8 > Documentación electrónica

Si otorga su consentimiento, tiene algunas opciones de envío electrónico disponibles a través del Panel para miembros.

- Administrar las facturas y los pagos mediante eBill.
- Ver la *Explicación de beneficios (EOB)*.
- Consultar el *Manual para miembros* y el *Resumen de la cobertura*.
- Obtener una tarjeta electrónica de identificación.

Tras aprobarse su solicitud, recibirá una carta de bienvenida con su número de identificación de miembro. Utilice este número para configurar una cuenta en el "Member Dashboard" (Panel para miembros) de modahealth.com/idaho, y comience a revisar sus beneficios y a administrar las facturas en línea.

Otorgo mi consentimiento para recibir los documentos y las comunicaciones sobre el seguro de forma electrónica. Algunos de los materiales que se enviarán de forma electrónica son las facturas, la *EOB*, la póliza individual y el *Resumen de la cobertura*, los avisos sobre el seguro y los mensajes de correo electrónico.

Sección 9 > Método de pago

Puede elegir entre varias opciones de pago que ofrecemos, incluidas las siguientes:

1. Pago automático mediante eBill en el Panel para miembros.
2. Transferencia electrónica de fondos (EFT). Consulte el acuerdo de autorización a continuación.
3. Cheque personal, giro bancario o cheque de caja.

Acuerdo de autorización de EFT

Las EFT se inician alrededor del día 5 del mes y suelen demorar uno o dos días en registrarse en su cuenta. Es posible que el primer pago se inicie en una fecha posterior si la inscripción se procesa después del día 5 del mes. La factura de la prima será electrónica y estará disponible en la sección eBill del Panel para miembros.

1. Complete y firme los campos a continuación en calidad de titular de la cuenta para que se hagan deducciones mensuales automáticas para la prima de su cuenta bancaria.
2. Adjunte una fotocopia de un cheque personal anulado de la cuenta o indique los números de cuenta y ruta bancaria a continuación.

Suscriptor		Titular de la cuenta	
Nombre del banco	Número de ruta bancaria	Número de cuenta	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro

Autorizo a Moda Health a cobrar de mi cuenta las primas mensuales de los individuos mencionados anteriormente. También autorizo a mi banco, indicado en este formulario, a que apruebe estos cargos mensuales. Esta autorización seguirá en vigor hasta que otorgue a mi banco la oportunidad de tomar alguna otra medida. Para suspender los pagos, debo notificar a mi banco antes de que se cobren de mi cuenta.

Firma del titular de la cuenta X	Fecha de la firma
-------------------------------------	-------------------

Sección 10 > Opciones de facturación

Si ya se registró para pagar por EFT, la factura de la prima será electrónica. De lo contrario, recibirá facturas en papel por correo postal. Puede cambiar sus preferencias y elegir las facturas electrónicas en la sección eBill del Panel para miembros.

Si la factura debe enviarse a una dirección distinta a la de su dirección postal, indique la dirección de facturación a continuación.

Dirección de facturación	Ciudad	Estado	Código postal
--------------------------	--------	--------	---------------

Sección 11 > Agente (solo el agente debe completarla)

Yo (el agente) certifico que le he explicado las disposiciones de elegibilidad al suscriptor. No he hecho ninguna declaración con respecto a los beneficios, las condiciones o las limitaciones del contrato, excepto a través del material escrito proporcionado por Moda Health. Le he informado al suscriptor que solo Moda Health asigna la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Para que sea agente, Moda Health debe haberlo designado activamente como tal.

Firme y coloque la fecha a continuación.

Nombre del agente	Nombre de la agencia	Teléfono	NPN (N.º nacional del productor de seguros) del agente o la agencia	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

Certifico que la información que el suscriptor me ha proporcionado se ha registrado con precisión y veracidad.

Firma del agente (obligatoria) X	Fecha de la firma
-------------------------------------	-------------------

Nota para el agente: No es necesario que el pago se incluya en la solicitud, pero sí se requiere el primer pago para poder activar la cobertura.

Sección 12 > Condiciones básicas de la inscripción

- > Comprendo y acepto que esta solicitud no constituye una oferta de cobertura, y que la cobertura no comenzará hasta que Moda Health reciba esta solicitud, la revise y asigne una fecha de entrada en vigor.
- > Comprendo y acepto que esta solicitud se convierte en parte de mi plan.
- > Comprendo que no hay beneficios disponibles en el plan de Moda Health para los servicios o suministros, incluidos los asociados a una internación, que se hayan recibido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- > Comprendo que la aceptación de la cobertura está sujeta a los siguientes requisitos:
 - A. Los suscriptores deben ser residentes de Idaho que vivan en el área de servicio para que puedan solicitar y mantener la cobertura de un plan de Moda Health. Moda Health se reserva el derecho a solicitar documentación en cualquier momento.
 - B. Los miembros no pueden tener cobertura de más de un plan médico individual de Moda Health en ningún momento.
 - C. Ninguno de los individuos indicados en esta solicitud debe estar inscrito en Medicare en la fecha en que comience la cobertura.
- > Si soy elegible para la Parte B de Medicare, pero no me inscribí, Moda Health calculará lo que Medicare habría pagado y descontará ese monto de mis beneficios.
- > El término “**residente**” se refiere a una persona que vive en el área de servicio del plan y que tiene las intenciones de hacerlo de forma permanente o por tiempo indefinido. Es posible que Moda Health le solicite un certificado de residencia de vez en cuando. Dicho certificado debe incluir, entre otros datos, la dirección donde reside el individuo, no su apartado de correos.
- > Tengo derecho a analizar y devolver la póliza en un plazo de 10 días después de haberla recibido.
- > Los cambios potenciales debido a mandatos federales o estatales, que entrarán en vigor a partir de enero, pueden modificar las tarifas o los beneficios de mi plan actual.
- > Independientemente de la fecha de mi inscripción, la prima del plan se renovará el 1.º de enero.
- > Moda Health paga una comisión a agentes designados por el trabajo que hacen en su nombre. Nuestra lista actual de comisiones se encuentra disponible en modahealth.com/idaho/broker-commission.

Sección 13 > Certificado de finalización y exactitud

La póliza que solicita no incluye cobertura de atención dental pediátrica, que se considera un beneficio de salud esencial según la Ley de Cuidados Asequibles. La cobertura de atención dental pediátrica puede adquirirse en el mercado como producto independiente. Comuníquese con nosotros, con su agente de seguros o con Your Health Idaho si quiere adquirir un producto independiente de atención dental.

Asegúrese de firmar y colocar la fecha a continuación. Su cónyuge, su pareja doméstica y sus hijos mayores de 18 años deben firmar la solicitud.

Confirmando que las respuestas de esta solicitud están completas y son correctas según mi leal saber y entender. Brindé estas respuestas como parte del proceso de solicitud que requiere Moda Health para inscribirse en su cobertura de seguro. Comprendo que, si esta solicitud contiene cualquier tergiversación intencional de hechos materiales, Moda Health puede negarme la cobertura, modificar, cancelar o rescindir el contrato, o bien tomar otras acciones legales. Informaré a Moda Health de forma oportuna y por escrito cualquier cambio que ocurra antes de que la cobertura entre en vigor y que haga que la información en la solicitud quede incompleta o sea incorrecta. Comprendo y acepto que la cobertura no entrará en vigor hasta que Moda Health la apruebe. En caso de aprobarse, la cobertura comenzará a regir a partir de la fecha de entrada en vigor que determine Moda Health. Moda Health puede comunicarse conmigo para que le aclare ciertas respuestas de esta solicitud. Como solicitante, comprendo que tengo derecho a inspeccionar la información en mi archivo.

Reconozco que he leído y comprendido esta solicitud, las condiciones y la declaración de certificación y privacidad.

<input checked="" type="checkbox"/> Nombre en letra de imprenta del tutor ¹ en caso de ser una póliza exclusiva para hijos	Relación ²
<input checked="" type="checkbox"/> Firma del suscriptor (si el suscriptor es menor de 18 años, firma del tutor)	Fecha de la firma
<input checked="" type="checkbox"/> Firma del cónyuge legal o la pareja doméstica del suscriptor, si se solicita su cobertura	Fecha de la firma
<input checked="" type="checkbox"/> Firma de los dependientes de 18 años o más, si se solicita su cobertura	Fecha de la firma
<input checked="" type="checkbox"/> Firma de los dependientes de 18 años o más, si se solicita su cobertura	Fecha de la firma

1 Tutor: Adulto que no está cubierto por este plan y asume la responsabilidad financiera del suscriptor y otras personas que estén cubiertos por este plan, o bien que actúa como su cuidador primario.

2 Si no es el padre ni la madre del suscriptor, pero es el representante legal o su apoderado, adjunte la documentación legal.

Al brindarnos su información de contacto y autorización, otorga su consentimiento para recibir comunicaciones de Moda Health Plan, Inc. y sus filiales y socios comerciales respecto de los beneficios, los pagos y los tratamientos de su plan de salud. Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico pueden ser inseguras. Aunque no es usual, existe la posibilidad de que otra parte, que no sea el destinatario, obtenga la información incluida en un correo electrónico. Le recomendamos que no incluya información de identificación personal, como su fecha de nacimiento, ni información médica personal en ninguno de los correos electrónicos que nos envíe. No hay un requisito que indique que debe brindar su dirección de correo electrónico o número de teléfono para adquirir bienes o servicios.

¿Está listo para enviar el formulario? Envíelo por correo postal o electrónico, o bien por fax, a Moda Health.

Correo postal: Membership Accounting, 601 SW Second Ave., Portland, OR 97204-3156.

Fax: 503-219-3696

Correo electrónico: Escanee el formulario y envíelo a individualapp@modahealth.com.

¿Es nuevo en Moda Health? Visite modahealth.com, ingrese en el "Member Dashboard" (Panel para miembros) y consulte el *Manual para miembros* y sus facturas. Tras registrarse en el Panel para miembros y seleccionar que quiere obtener la documentación electrónica (consulte la sección 8), recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté lista.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con Moda Health al 844-931-1775.

modahealth.com/idaho

Para consultar el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) de los planes médicos, visite modahealth.com/shop. Hay un glosario unificado para comprender los términos de atención médica más frecuentes disponible en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/UG-Glossary-508-MM.pdf>.

Para obtener copias impresas, sin costo, del SBC o del glosario unificado, comuníquese con Moda Health al 844-931-1775.

Nondiscrimination notice

We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, religion, color, national origin, age, disability, gender identity, sex or sexual orientation.

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

If you need any of the above, call:

844-931-1775 (TDD/TTY 711)

If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint.

Please mail or fax it to:

Moda Partners, Inc.
Attention: Appeal Unit
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
Fax: 503-412-4003

If you need help filing a complaint, please call Customer Service.

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

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

You can get Office for Civil Rights complaint forms at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Scott White coordinates our nondiscrimination work:

Scott White,
Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

modahealth.com/idaho

