



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

¿Tiene preguntas? Estamos 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.

2026 | Moda Health Plan, Inc. Solicitud para el plan de salud individual: Área de servicio de Moda Select

Para individuos y familias de Idaho en los condados de Ada, Adams, Bannock, Bear Lake, Benewah, Bingham, Boise, Bonner, Bonneville, Boundary, Canyon, Caribou, Cassia, Clearwater, Elmore, Franklin, Fremont, Gem, Jefferson, Idaho, Kootenai, Latah, Lewis, Madison, Nez Perce, Minidoka, Oneida, Owyhee, Payette, Power, Shoshone, 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. Envíe su solicitud completa a más tardar el día 15 del mes anterior a la fecha de entrada en vigor solicitada. En caso de recibirla después del día 15, su inscripción podría retrasarse. 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 de la circunstancia especial que autoriza la inscripción. 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.

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.

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 inscribir nuevas pólizas fuera del período de inscripción abierta.

Inscripción especial

Fecha de la circunstancia (mm/dd/aaaa)

- Matrimonio o unión de hecho con una pareja doméstica
- Nacimiento, adopción o acogida con fines de adopción
- Pérdida de la cobertura porque cumplí 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 motivo: _____

Sección 2 > Elegibilidad y residencia

Puede inscribirse si cumple con los siguientes requisitos.

Debe marcar las casillas que figuran a continuación para confirmar que cumple con los requisitos de elegibilidad.

Confirmo lo siguiente:

- Vivo actualmente, y tengo domicilio de residencia fijo y permanente, en el área de servicio.
- Resido en el área de servicio durante un mínimo de 6 meses al año.
- Los hijos que viven fuera del área de servicio son estudiantes o cuentan con una orden médica calificada de manutención de los hijos (QMCSO).
- Ni yo ni ningún dependiente que se inscriba estamos inscritos en Medicare ni vivimos en el área de servicio para obtener cobertura médica o por otra razón temporal, como recibir tratamiento.

Nota: Si vive en un centro de atención residencial donde recibe tratamiento, no se considera que cumple con el requisito de residencia.

Sección 3 > Selección del plan

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

- Moda Select Idaho Gold 1100 Separate Rx + Vision Exam
- Moda Select Idaho Gold 2200 + Vision Exam
- Moda Select Idaho Silver 3000 Separate Rx + Vision Exam
- Moda Select Idaho Silver 4000 + Vision Exam
- Moda Select Idaho Silver 6400 + Vision Exam
- Moda Select Idaho Bronze 9200 + Vision Exam
- Moda Select Idaho Bronze HDHP 7500
- Moda Select Idaho Bronze 10,000 + Vision Exam

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 afirmativa, 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	Sufijo
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social		
Consumidor de tabaco*			
<input type="checkbox"/> No <input checked="" 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"/> Prefiero 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/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción			
<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"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			
Idioma preferido para comunicaciones orales y escritas			
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			
Dirección de residencia	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	Sufijo
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero 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/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción			
<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"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (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: solo hijos que viven 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)

Indique 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	Sufijo
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero 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/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción			
<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	Sufijo
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero 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/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción			
<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	Sufijo
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero 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/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción			
<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	Sufijo
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero 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/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción			
<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	Sufijo
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero 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/tercer género <input type="checkbox"/> Me lo estoy cuestionando <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra opción			
<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, Fax: 503-219-3696 Correo: 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. 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 	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)	Fecha de la firma
X	

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

Con mi firma en la sección 13, comprendo y acepto lo siguiente:

- > 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 convierta en una 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

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

Confirmo 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.

Nombre en letra de imprenta del tutor ¹ en caso de ser una póliza exclusiva para hijos X	Relación ²
Firma del suscriptor (si el suscriptor es menor de 18 años, firma del tutor) X	Fecha de la firma
Firma del cónyuge legal o la pareja doméstica del suscriptor, si se solicita su cobertura X	Fecha de la firma
Firma de los dependientes de 18 años o más, si se solicita su cobertura X	Fecha de la firma
Firma de los dependientes de 18 años o más, si se solicita su cobertura X	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: Membership Accounting, 601 SW Second Ave., Portland, OR 97204-3156

Fax: 503-219-3696

Correo electrónico: escanee y envíe a individualapp@modahealth.com.

¿Es nuevo en Moda Health? Visite modahealth.com para ingresar al Panel para miembros y consultar 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 del SBC o del glosario unificado, comuníquese con Moda Health al 844-931-1775.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-605-3229 (TTY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (Người khuyết tật: 1-877-605-3229 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-605-3229 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-605-3229 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-605-3229 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-605-3229 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyon tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-605-3229 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-605-3229 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

ማስልክ፡፡ ከሚርች የሚገኘው ካሆን፣ የቃንቃ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዋል፡፡ መረጃን በተደረሰኝ ቅርጽት ለማቅረብ ተገበረ የሆኑ ተመማሪ እንዱምች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኙሉ፡፡ በስልክ
ቀጥር 1-877-605-3229 (TTY: 711) ዋናውለውም አገልግሎት አቅራቢያን የሞላ፡፡

FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac 1-877-605-3229 (TTY: 711) ama la hadal bixiyahaaga.

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电（文本电话：1-877-605-3229 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。

ເຊື່ອງຈາກ: ຖ້າທ່ານວົ້າພາສາ ລາວ,
ລະມີບໍລິການຈ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ.
ມີຄ່ອງຈ່ວ່າລະວະ
ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເປັນຈະສົມເຜົ່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບ
ແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າຖຸໄດ້. ໂທທາເບີ 1-877-605-3229
(TTY: 711) ຫຼື ນິມັກັບຜູ້ໃຫ້ບໍ່ລິການຂອງທ່ານ.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານຄຸນໃໝ່ກໍາເຫຼືອ
ເຮົາມີບໍລິການຄວາມໜ້າແລ້ວດ້ານການພົກພະນັກງານ
ຢັ້ງມີເຄີຍອື່ນມື່ວນແລ້ວບໍລິການໜ້າແລ້ວເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບ
ແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າຖຸໄດ້ ໂທທາເບີ 1-877-605-3229
(TTY: 711) ພຶກສິນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍ່ລິການຂອງທ່ານ

توجه دین: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔
” 1-877-605-3229 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ ”

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

সাবধান: যদি তপাঈ নেপালী ভাষা বোল্নুহুন্ছ মনে তপাঈকা লাগি নিঃশুল্ক ভাষিক সহায়তা সেবাহরু উপলব্ধ ছেন।
পহঁচযোগ্য ঢাঁচাহরুমা জানকারী প্রদান গর্ন উপযুক্ত সহায়তা র সেবাহরু পনি নিঃশুল্ক উপলব্ধ ছেন।
1-877-605-3229 (TTY: 711) মা ফোন গুরুহোস্ বা আপনো প্রদায়কসঁ কুরা গুরুহোস্।

ଶ୍ରୀମତୁଙ୍କ: ନିଆର୍ଦ୍ଦିତ ମଲାଯାଲମ୍ ଭାଷା
ସଂସାରିକାନ୍ତରେ ମଲାଯାଲମ୍ ଭାଷା
ସହାୟ ଦେବାନ୍ତରେ ନିଆର୍ଦ୍ଦିତ କାନ୍ତରେ
ଲାଭ୍ୟମାଣୀ. ଅନ୍ତର୍କଷରସ ଚେତ୍ୟାବୁନ
ହୋରିମାନ୍ତରୁକଳିତା ବିବରଣେରେ
ନିର୍ମାଣକାର୍ଯ୍ୟରେ ଉଚିତମାଯ ଅନ୍ତର୍ବାଣୀ
ସହାୟ ଦେବାନ୍ତରେ ଦେବାନ୍ତରେ କୁଟ
ସଂଜାମ୍ ମାଯୀ ଲାଭ୍ୟମାଣୀ. 1-877-605-3229
(TTY: 711) ଲେକଣ ବିଭିନ୍ନକାନ୍ତରେ ଅନ୍ତର୍ବାଣୀ
ନିଆର୍ଦ୍ଦିତ ଭାଷାରେ ସଂସାରିକାନ୍ତରେ

PANANGIKASO: No agsasaoka iti Ilocano, magunodmo dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti ma-akses a pormat. Awagan ti 1-877-605-3229 (TTY: 711) weno makisarita iti mangipapaay kenka.

ધ્યાન દેં: યदિ આપ હિંદી બોલતે હોય, તો આપકે લિએ નિઃશુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાએ ઉપલબ્ધ હોતી હૈ। સુલભ પ્રાર્થણો મં જાનકારી પ્રદાન કરને કે લિએ ઉપયુક્ત સહાયક સાધન ઔર સેવાએ મીનિઃશુલ્ક ઉપલબ્ધ હૈ। 1-877-605-3229 (TTY: 711) પર કાલ કરેં યા અપને પ્રદાતા સે બાત કરેં।

નાવધારનો: મીરુ તેલુગુ માટ્ટાડિટે, મીકુ ડેચિશ ભાષા સ્વરૂપ સેવાએ અંદુભાટુલો ડેંટાયા. યાકેન્ ચેંયુગલ વાર્ષાયુટ્ટલો સ્વરૂપાન્નિ અંદિંચદાનીકી તરિન સ્વરૂપ સ્વરૂપાલુ મરિયુ સેવાલુ કર્યા ડેચિશંગ અંદુભાટુલો ડેંટાયા. 1-877-605-3229 (TTY: 711) કી કાર્લ ચેંયુંડી લેર્ડા મી પ્રોફેન્ડરન્ટ માટ્ટાડુંડુંડી.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة ل توفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 877-605-3229 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

AKIYESI: Ti o ba so Yorùbá, awọn işe iranlọwo ede ofe wa fun ḥ. Awọn iranlọwọ iranlọwọ ti o ye ati awọn işe lati pese alaye ni awọn ḥona kika wiwole tun wa laisi idiyele. Pe 1-877-605-3229 (TTY: 711) tabi soro si olupese re.

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-877-605-3229 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.