



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte.

Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, comuníquese con Moda Health at [www.modahealth.com](http://www.modahealth.com) o llamar a 1-888-445-7413. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar a 1-888-445-7413 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$200 individuo / \$600 por familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro debe cumplir con su <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia cumple con el <a href="#">deducible</a> general familiar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Cuidado de hospicio en la red y programa de autocontrol de la diabetes así como servicios dentro y fuera de la red de tratamiento de cese de tabaco, medicamentos recetados, manipulación espinal, suministros naturistas y terapias de masaje, cuidado de visión, suministros para el amamantamiento y la mayoría de servicios de <a href="#">atención preventiva</a> están cubiertos antes de que su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos sin costos compartidos</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <a href="#">deducible</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">máximo en gastos directos del bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	Para servicios médicos, \$1,250 individuo / \$3,750 por familia, en la red y fuera de la red combinados; para medicamentos recetados \$2,000 individuo / \$6,000 por familia, en la red y fuera de la red combinados	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta que se cumple el <a href="#">límite de desembolso</a> general familiar.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , coseguro por audífonos para edad 26 y mayores, coseguro por medicamentos de marca cuando medicamentos genéricos están disponibles, multas por la no obtención de una autorización previa, <a href="#">saldos de cargos facturados</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Véa <a href="http://www.modahealth.com">www.modahealth.com</a> o llame al 1-888-445-7413 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin <a href="#">un referido</a> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	Visita al <a href="#">especialista</a>	10% de <a href="#">coseguro</a> y 50% de <a href="#">coseguro</a> , y el <a href="#">deducible</a> no se aplica a la manipulación espinal, suministros naturistas y terapias de masaje	30% de <a href="#">coseguro</a> y 50% de <a href="#">coseguro</a> y el <a href="#">deducible</a> no se aplica a la manipulación espinal, suministros naturistas y terapias de masaje	Las visitas al consultorio de quiroprácticos, médicos naturistas y acupuntistas no tienen limitaciones en dólares o en visitas.  \$300 plan año máximo para manipulación espinal, suministros naturistas y terapias de masaje. Límite de \$300 no se aplica a la inserción de agujas para el cuidado de la acupuntura. 20 visitas plan año máximo para servicios de acupuntura.
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</a>	Sin cargo para la mayoría de los servicios.  10% de <a href="#">coseguro</a> para los servicios restantes y el <a href="#">deducible</a> no se aplica.	30% de <a href="#">coseguro</a> y el <a href="#">deducible</a> no se aplica para la mayoría de los servicios.	Puede que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivas</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivos. Entonces compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará. Una lista de servicios de atención preventiva dentro de la red que no están sujetos a costo compartido se puede ver en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> para muchos servicios. Si no se obtiene una <a href="#">autorización previa</a> tiene como resultado un rechazo. Los <a href="#">proveedores</a> de la red amortizarán los cargos debido a ninguna <a href="#">autorización previa</a> .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.welldynrx.com">www.welldynrx.com</a>	Selectos del Nivel 1	20% de <a href="#">coseguro</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Beneficios de medicamentos recetados son administrados por WellDyne Rx. Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">deducible</a> no se aplica.  <b>Minorista</b> - Hasta un suministro de 30 días y el Nivel 1 y el Nivel 2 tienen un máximo de \$50 por receta médica.  <b>Pedidos por correo:</b> un suministro de 90 días, el Nivel 1 tiene un máximo de \$25 y el Nivel 2 tiene un máximo de \$100 por receta médica. Las recetas médicas por correo se deben surtir dentro de la red.  Las recetas médicas que se adquieran en una farmacia fuera de la red pueden estar sujetas a una facturación del saldo. Usted es responsable de pagar la diferencia de coste entre un medicamento genérico y uno de marca cuando un genérico es disponible.  <b>De especialidad</b> - Hasta un suministro de 30 días y el Nivel 1 y 2 tienen un máximo de \$50 por receta médica. Enicamente en farmacias exclusivas..
	Preferenciales del Nivel 2	20% de <a href="#">coseguro</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	
	Fuera del formulario del Nivel 3	50% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
	Medicamentos de especialidad	20% de <a href="#">coseguro</a> Nivel 1 y 2, 50% de <a href="#">coseguro</a> del Nivel 3	No se cubren	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> . La no obtención de una <a href="#">autorización previa</a> tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario. Los procedimientos de esterilización dentro de la red están cubiertos sin compartir costos.
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$50 de <a href="#">copago</a> /visita, luego 10% de <a href="#">coseguro</a>	\$50 de <a href="#">copago</a> /visita, luego 10% de <a href="#">coseguro</a>	Sin <a href="#">copago</a> si sigue una admisión hospitalaria de inmediato. El <a href="#">coseguro</a> del plan puede aplicar a algunos servicios.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	Transporte hasta el centro de atención más cercano capaz de brindar el tratamiento necesario.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> . La no obtención de una <a href="#">autorización previa</a> tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> para todos los servicios internos y algunos servicios de salud conductual. La no obtención de una <a href="#">autorización previa</a> tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	Servicios internos	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Servicios de aborto electivo en la red están cubiertos sin costo compartido. <a href="#">Costo compartido</a> no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según del tipo de servicios, puede aplicar un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en el SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Máximo de 60 visitas por año del plan. Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> . La no obtención de una <a href="#">autorización previa</a> tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Máximo de 60 sesiones por año del plan para rehabilitación ambulatorios. Los servicios de habilitación se limitan a servicios que se pueden considerar como tales según las pautas de rehabilitación y médicamente necesaria para tratar una condición de enfermedad mental. Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> . La no obtención de una <a href="#">autorización previa</a> tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Máximo de 100 visitas por año del plan. Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> . La no obtención de una <a href="#">autorización previa</a> tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Incluye suministros y prótesis. Se puede necesitar una <a href="#">autorización previa</a> . La no obtención de una <a href="#">autorización previa</a> , tiene como resultado una multa y el procedimiento no es cubierto si no es médicamente necesario.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	30% de <a href="#">coseguro</a>	Máximo de 120 horas por año del plan para el cuidado de relevo en un período de 3 meses.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	Sin cargo, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	Examen preventivo de la vista es limitado dentro de la red para miembros de 3 a 5 años. Todos los demás beneficios de la vista son administrados por Vision Service Plan (VSP).
	Anteojos para niños	Sin cargo, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	Sin cargo, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	Ninguno
	Chequeo dental pediátrico	No se cubren	No se cubren	Ninguno

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [Plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética, excepto como requerido para ciertas situaciones
- Atención dental (adultos), excepto para lesiones relacionadas con accidentes
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de podología, con excepción para Diabéticos
- Programas de adelgazamiento

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Acupuntura
- Atención quiropráctic
- Aparatos auditivos
- Cuidado rutinario ocular

**Sus derechos a continuar con la cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) para cobertura médica de grupo sujetos a ERISA, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) para planes de salud del grupo gubernamental no federales, y con la División de Seguros de Oregón llamando al 1-888-877-4894 o visite [www.dfr.oregon.gov](http://www.dfr.oregon.gov) para planes de iglesia. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Moda Health al 1-888-217-2363. Para cobertura médica de grupo sujetos a ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Además, un programa de asistencia a los consumidores puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con la División de Seguros de Oregón llamando al 1-888-877-4894 o visite [www.dfr.oregon.gov](http://www.dfr.oregon.gov).

#### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [Cobertura Esencial Mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

#### **¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

#### **Servicios lingüísticos:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 888-786-7461

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888-873-1395

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 888-873-1395

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 888-873-1395

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*-----

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$200
■ <a href="#">Especialista</a> [ <i>costo compartido</i> ]	10%
■ Hospital (instalaciones) [ <i>costo compartido</i> ]	10%
■ Otro [ <i>costo compartido</i> ]	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)

Servicios de parto profesionales

Servicios de instalaciones de partos profesionales

Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)

Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,800</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$200
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$300
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,600</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$200
■ <a href="#">Especialista</a> [ <i>costo compartido</i> ]	10%
■ Hospital (instalaciones) [ <i>costo compartido</i> ]	10%
■ Otro [ <i>costo compartido</i> ]	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)

Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)

Medicamentos por recetas

Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,400</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$200
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,000
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe pagaría sería</b>	<b>\$1,260</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$200
■ <a href="#">Especialista</a> [ <i>costo compartido</i> ]	10%
■ Hospital (instalaciones) [ <i>costo compartido</i> ]	10%
■ Otro [ <i>costo compartido</i> ]	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)

Prueba diagnóstica (*radiografía*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,900</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$200
Copagos	\$50
Coseguro	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría sería</b>	<b>\$450</b>

# Moda does not discriminate

**Moda, Inc. follows federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, 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 Customer Service at:**

888-217-2363 (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, 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](http://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](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## **Dave Nessler-Cass coordinates our nondiscrimination work:**

Dave Nessler-Cass,  
Chief Compliance Officer  
601 SW Second Ave.  
Portland, OR 97204  
855-232-9111  
[compliance@modahealth.com](mailto:compliance@modahealth.com)