



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir el plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios cubiertos. **NOTA:** La información acerca del costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [MolinaMarketplace.com](https://www.molinamarketplace.com) o llame al 1-888-858-3492. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0 en un <u>proveedor</u> de atención médica indígena (IHCP) o con una <u>derivación</u> de un IHCP a un proveedor que no sea IHCP, o \$6,000/individual o \$12,000/familiar	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención médica preventiva</u> y los servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$9,200 individual o \$18,400 familiar	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación del saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492 para obtener un listado de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará el mayor monto si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede visitar al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que el **deducible** se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un <u>proveedor</u> de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o herida	Sin cargo	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Elegible para dos visitas a \$1 de <u>copago</u> , después de lo cual se aplican <u>costos compartidos</u> . Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin cargo	\$100 de <u>copago</u> por consulta	No cubierto	Es posible que se requiera una <u>Autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	<u>Pruebas de detección/atención médica preventiva/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse un examen	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u> /examen de rayos x. 40 % de <u>coseguro</u> por análisis de sangre	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios de imágenes no están

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en MolinaMarketplace.com. **Página 2 de 9**

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
					cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> disponible en www.MolinaMarketplace.com/WAFormulary2024	Medicamentos genéricos - preferidos	Sin cargo	\$32 de <u>copago</u> por medicamentos recetados; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera una <u>Autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos. <u>Los medicamentos recetados</u> de pedido por correo están disponibles para un suministro de hasta 90 días y se ofrecen a dos veces y media (2.5x) el <u>costo compartido</u> de <u>medicamentos recetados</u> minoristas de 30 días. Dependiendo del nivel de categoría, corresponderá un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Para medicamentos de marca con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de asistencia con los <u>costos compartidos</u> de <u>medicamentos recetados</u> de terceros no se aplicarán a ningún <u>deducible</u> ni a los <u>límites de gastos de bolsillo</u> . Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u> por medicamento recetado	No cubierto	
	Medicamentos de marca registrada y medicamentos genéricos no preferidos	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u> por medicamento recetado	No cubierto	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u> por medicamento recetado	No cubierto	
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera una <u>Autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en MolinaMarketplace.com. **Página 3 de 9**
 WA24SBCS_BC_3

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
					IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera una <u>Autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> de <u>atención en la sala de emergencias</u> no se aplica si es admitido en el hospital. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	<u>Transporte médico para casos de emergencia</u>	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	<u>Atención médica inmediata</u>	Sin cargo	\$100 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
Si tiene una estadía en un hospital	Honorarios del centro (p. ej. habitación de hospital)	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere una <u>Autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere una <u>Autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Visita al consultorio independiente: \$50 de <u>copago</u> por	No cubierto	Visita al consultorio de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias independiente elegible para dos visitas a \$1 de <u>copago</u> , después de lo cual se

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
consumo de sustancias			consulta; no se aplica el <u>deducible</u> Departamento de Pacientes Ambulatorios del Hospital: <ul style="list-style-type: none"> Honorarios profesionales: 40% de <u>coseguro</u> Tarifa del centro: 40% de <u>coseguro</u> 		aplican <u>costos compartidos</u> . Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere una <u>Autorización previa</u> para la atención de pacientes internados o para servicios no cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ecografías). Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	
	<u>Atención médica domiciliaria</u>	Sin cargo	\$50 de <u>copago</u> por día; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	130 consultas por año. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia de salud a domicilio de la red.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas					Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP. <ul style="list-style-type: none"> • 25 consultas por año (pacientes ambulatorios) y 30 días por año (pacientes internados): terapia del habla, ocupacional y fisioterapia combinadas. • 10 visitas/año - Manipulaciones espinales • 12 consultas por año - Servicios de acupuntura
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP. <ul style="list-style-type: none"> • 25 consultas por año (pacientes ambulatorios) y 30 días por año (pacientes internados): terapia del habla, ocupacional y fisioterapia combinadas. • 10 visitas/año - Manipulaciones espinales • 12 consultas por año - Servicios de acupuntura
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	60 visitas por año calendario. Se requiere una <u>Autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en MolinaMarketplace.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	40 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP. Excluye las modificaciones del vehículo, las modificaciones del hogar, el ejercicio y el equipo del baño.
	<u>Atención médica para pacientes terminales</u>	Sin cargo	\$50 de <u>copago</u> por día; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP. El beneficio de cuidado de respiro se limita a 14 días por año del plan. No se requiere <u>autorización previa</u> . Notifique a Molina antes de que se presten los servicios.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un par de anteojos por año.
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No se aplica. La cobertura se puede comprar como un producto independiente; no está cubierta por este <u>plan</u> .

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento de infertilidad | • Enfermería de guardia privada |
| • Cirugía cosmética | • Atención médica a largo plazo | • Cuidado de rutina de los ojos (adultos) |
| • Atención dental (adultos) | • Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos | • Cuidado de rutina de los pies |
| • Audífonos | | • Programas de pérdida de peso |

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).

- | | | |
|----------|--------------|-------------------------|
| • Aborto | • Acupuntura | • Cuidado quiropráctico |
|----------|--------------|-------------------------|

Su derecho a continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice existen organismos que pueden ayudarle. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington 1-800-562-6900. También puede tener a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Marketplace de seguros de salud](#). Para obtener más información acerca del [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318- 2596.

Su derecho a presentar una inconformidad o una apelación: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Además, los documentos de su [plan](#) proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington 1-800-562-6900.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#) y [seguros médicos](#) disponibles a través del [Marketplace](#), u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para recibir el [crédito fiscal anticipado para la prima](#).

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? No se aplica

Si su [plan](#) no cumple con el [estándar de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para obtener [crédito fiscal para las primas](#) que le ayudará a pagar por un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-858-3492.

Para ejemplos sobre cómo este [plan](#) paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, lo que cobre el proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro la red y parto en un hospital)

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$6,000
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$100
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	40 %
■ Otro <u>Coseguro</u>	40 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios de parto/nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Peg es	\$0

Cuidado de la diabetes tipo 2 de

Joe (un año de atención de rutina dentro de la red para una enfermedad bien)

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$6,000
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$100
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	40 %
■ Otro <u>Coseguro</u>	40 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye información sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Joe es	\$0

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$6,000
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$100
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	40 %
■ Otro <u>Coseguro</u>	40 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención de la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$0

El plan será responsable del resto de los costos de estos servicios cubiertos que figuran como EJEMPLOS.

Nota: Estos valores suponen que el paciente ha recibido atención médica de un proveedor IHCP o de un proveedor que no es un IHCP con una derivación para un IHCP. Si usted recibe atención de un proveedor que no sea IHCP sin una derivación de un IHCP, sus costos pueden ser mayores.



**Aviso de no Discriminación de
Molina Healthcare of Washington, Inc.
Molina Marketplace**

Your Extended Family.

Molina Healthcare of Washington, Inc. ("Molina") cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin importar y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género o identidad sexual. Molina no excluye a las personas ni les trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno:

- Ayuda y servicios para personas con discapacidad
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Material escrito traducido en su idioma
 - Material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender

Si necesita estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (888) 858-3492, TTY/TTD: 711.

Si considera que Molina no le brindó estos servicios o fue discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o TTY, 711.

También puede enviar su reclamo por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com o por fax al (800) 816-3778. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

Si envía su queja por correo postal, hágalo a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante: El U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights. Esto está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

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)

Los formularios para la presentación de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Washington State Office of the Insurance Commissioner, electrónicamente a través del portal de Reclamos de la Office of the Insurance Commissioner. Esto está disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status> o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios para la presentación de quejas se encuentran disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>

Usted tiene derecho a recibir esta información en un formato distinto, como audio, braille, o letra grande, debido a necesidades especiales; o en su idioma sin costo adicional.

- English ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Spanish ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Chinese 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-858-3492 (TTY: 711)。
- Vietnamese CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Korean 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-858-3492 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
- Russian ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-858-3492 (телетайп: 711).
- Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Ukrainian УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-858-3492 (телетайп: 711).
- Cambodian ប្រយ័ត្ន: បរើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវន់នួយខ្លួនក្នុងភាសា បោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-858-3492 (TTY: 711)។
- Japanese 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-858-349 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
- Amharic ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-858-3492 (ማስማት ለተሰናቸው: 711)።
- Cushite XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Arabic ملحوظة : إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-858-3492 (رقم هاتف الصم والبكم : 711).
- Punjabi ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-858-3492 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- German ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Laotian ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-858-3492 (TTY: 711).