



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 \$600/individual o \$1,200/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 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿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> ?	\$6,100 individual o \$12,200 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 <a href="https://www.molinamarketplace.com">MolinaMarketplace.com</a> 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</u> fuera de la <u>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)	
<b>Si visita el consultorio de un <u>proveedor</u> de atención médica o una clínica</b>	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o herida	Sin cargo	\$15 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.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin cargo	\$40 de <u>copago</u> por consulta; 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. 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> .
<b>Si tiene que hacerse un examen</b>	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> por prueba para radiografías; no se aplica el <u>deducible</u>  \$20 de <u>copago</u> por prueba para análisis de sangre; 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.
	Imágenes (CT/PET)	Sin cargo	\$300 de <u>copago</u>	No cubierto	Se requiere una <u>autorización previa</u> o los

\* 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)	
	scan, MRI)				servicios de imágenes 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.
<b>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> disponible en <a href="http://www.MolinaMarketplace.com/WAFormulary2024">www.MolinaMarketplace.com/WAFormulary2024</a>	Medicamentos genéricos - preferidos	Sin cargo	\$10 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 de 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 de 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	\$60 de <u>copago</u> por medicamentos recetados; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	Medicamentos de marca registrada y medicamentos genéricos no preferidos	Sin cargo	\$100 de <u>copago</u> por medicamentos recetados; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cargo	\$100 de <u>copago</u> por medicamentos recetados; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
<b>Si requiere una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	\$350 de <u>copago</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</u>

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com). **Página 3 de 9**  
 WA24SBCS\_GC\_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)	
					<u>compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	\$75 de <u>copago</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	\$450 de <u>copago</u>	\$450 de <u>copago</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	\$375 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$375 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</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	\$35 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	\$525 de <u>copago</u> por día; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se requiere una <u>Autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos. Máximo de cinco (5) <u>copagos</u> por hospitalización. 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	Incluido en la tarifa del centro	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.

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 necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	<b>Visita al consultorio independiente:</b> \$15 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>  <b>Departamento de Pacientes Ambulatorios del Hospital:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Honorarios profesionales: \$75 de <u>copago</u></li> <li>Tarifa del centro: \$350 de <u>copago</u></li> </ul>	No cubierto	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	\$525 de <u>copago</u> por día; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se requiere una <u>Autorización previa</u> para la atención de pacientes internados o para servicios no cubiertos. Máximo de cinco (5) <u>copagos</u> por hospitalización. 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). Máximo de cinco (5) <u>copagos</u> por hospitalización. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	Incluido en la tarifa del centro	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Sin cargo	\$525 de <u>copago</u> por día; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	

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)	
					un IHCP.
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica domiciliaria</u>	Sin cargo	\$15 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. 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	\$25 de <u>copago</u> por consulta para pacientes ambulatorios; no se aplica el <u>deducible</u>  \$525 de <u>copago</u> por día por servicios para pacientes ambulatorios; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Máximo de cinco (5) <u>copagos</u> por hospitalización. 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"> <li>• 25 consultas por año (pacientes ambulatorios) y 30 días por año (pacientes internados): terapia del habla, ocupacional y fisioterapia combinadas.</li> <li>• 10 visitas/año - Manipulaciones espinales</li> <li>• 12 consultas por año - Servicios de acupuntura</li> </ul>
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	Sin cargo	\$25 de <u>copago</u> por consulta para pacientes ambulatorios; no se aplica el <u>deducible</u>  \$525 de <u>copago</u> por día por servicios para pacientes ambulatorios; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Máximo de cinco (5) <u>copagos</u> por hospitalización. 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"> <li>• 25 consultas por año (pacientes ambulatorios) y 30 días por año (pacientes internados): terapia del habla, ocupacional y fisioterapia combinadas.</li> <li>• 10 visitas/año - Manipulaciones espinales</li> <li>• 12 consultas por año - Servicios de</li> </ul>

\* 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)	
					acupuntura
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo	\$350 de <u>copago</u> por día	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.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	20 % 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	\$15 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.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	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).**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Atención dental (adultos)</li><li>• Audífonos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de infertilidad</li><li>• Atención médica a largo plazo</li><li>• Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermería de guardia privada</li><li>• Cuidado de rutina de los ojos (adultos)</li><li>• Cuidado de rutina de los pies</li><li>• Programas de pérdida de peso</li></ul> |
|--|---|--|

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Aborto</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado quiropráctico</li></ul> |
|--|--|---|

**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](http://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>	\$600
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$40
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	\$525
■ <u>Otro Coseguro</u>	20 %

#### 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

#### 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
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$0</b>

### 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>	\$600
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$40
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	\$525
■ <u>Otro Coseguro</u>	20 %

#### 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

#### 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
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$0</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$600
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$40
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	\$525
■ <u>Otro Coseguro</u>	20 %

#### 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

#### 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
<b>El total que debe pagar Mia es</b>	<b>\$0</b>

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](mailto: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: បរិស្ថានជំនួយភាសាខ្មែរ, បសវនករជំនួយភាសា បោលមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បរិស្ថាន។ 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 ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-858-3492 (ማስማት ለተሰናዥው፡ 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).