

 **The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit our website at MolinaMarketplace.com or call 1-888-858-3492. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-800-318-2596 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$3,300/Individual or \$6,600/Family Deductible applies to outpatient facilities and inpatient settings.	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care , Family Planning, Pediatric Vision, Hospice, Home Healthcare services and Formulary Preventive Prescription Drugs are covered before you meet your deductible .	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	Yes. \$400 Individual or \$800/family for prescription drug coverage .	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	For network providers \$6,300 individual / \$12,600 family; for out-of-network providers there is no coverage unless Prior Authorized by Molina Healthcare.	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billing charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See MolinaMarketplace.com or call 1-888-858-3492 for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	No.	You can see the specialist you choose without a referral .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$20 copay /office visit	Not covered	None
	Specialist visit	\$60 copay /visit	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.
	Preventive care/screening /immunization	No charge	Not Covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services you need are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	\$40 copay /test for blood work \$65 copay /test for x-rays	Not Covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	30% coinsurance after deductible	Not Covered	Preauthorization is required or Imaging services are not covered
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at http://MolinaMarketplace.com/WAFormulary2019.com	Tier 1	\$10 copay /prescription	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered. Mail-order Prescription Drugs are available for up to a 90-day supply and is offered at two times the 30-day retail prescription Cost Sharing . Depending on Tier level this will be either a Copayment or a Coinsurance . Coupons or any other form of third-party prescription drug cost sharing assistance will not apply toward any deductibles or annual out-of-pocket limits .
	Tier 2	\$60 copay /prescription	Not Covered	
	Tier 3	40% coinsurance after deductible	Not Covered	
	Tier 4	40% coinsurance after deductible	Not Covered	Preauthorization is required, or services not covered. Mail order not available.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	30% coinsurance after deductible	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
	Physician/surgeon fees	30% coinsurance after deductible	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	30% coinsurance after deductible	30% coinsurance after deductible	Emergency room care coinsurance does not apply, if admitted to the hospital.
	Emergency medical transportation	30% coinsurance	30% coinsurance	
	Urgent care	\$50 copay /visit	Not Covered	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	30% coinsurance after deductible	Not Covered	Preauthorization is required or services not covered.
	Physician/surgeon fees	30% coinsurance after deductible	Not Covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 copay /office visit	Not Covered	Preauthorization is required for inpatient care or services not covered.
	Inpatient services	30% coinsurance after deductible	Not Covered	
If you are pregnant	Office visits	No Charge	Not Covered	Cost sharing does not apply to routine prenatal care and first post-natal visit and certain preventive services . Depending on the type of services, coinsurance may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	30% coinsurance after deductible	Not Covered	
	Childbirth/delivery facility services	30% coinsurance after deductible	Not Covered	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge	Not Covered	130 visits/year. Services must be provided by an in network Home health agency.
	Rehabilitation services	\$60 copay /visit	Not Covered	25 visits/year - Speech, Physical, Occupational Therapy combined 10 visits/year - Spinal Manipulations 12 visit/year - Acupuncture services Copay amount reflects outpatient services only
	Habilitation services	\$60 copay /visit	Not Covered	25 visits/year - Speech, Physical, Occupational Therapy combined 10 visits/year - Spinal Manipulations

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
				12 visit/year - Acupuncture services <u>Copay</u> amount reflects outpatient services only
	Skilled nursing care	30% <u>coinsurance</u> after <u>deductible</u>	Not Covered	60 visits/calendar year. <u>Preauthorization</u> is required or services not covered.
	Durable medical equipment	30% <u>coinsurance</u>	Not Covered	Excludes vehicle modifications, home modifications, exercise, and bathroom equipment.
	Hospice services	No Charge	Not Covered	<u>Preauthorization</u> is not required. Please notify Molina before services are rendered.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No Charge	Not covered	Coverage limited to one exam/year.
	Children's glasses	No Charge	Not covered	Coverage limited to one pair of glasses/year.
	Children's dental check-up	Not Covered	Not covered	Not Applicable. Coverage can be purchased as a standalone product; it is not covered by this policy.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or [plan](#) document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- | | | |
|-----------------------|---|----------------------------|
| • Bariatric Surgery | • Dental Care (Child) | • Private Duty Nursing |
| • Cosmetic Surgery | • Infertility treatment | • Routine eye care (Adult) |
| • Dental Care (Adult) | • Non-emergency care when traveling outside the U.S | • Routine Foot Care |

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|
| • Pregnancy termination | • Acupuncture | • Long-term care |
|-------------------------|---------------|------------------|

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Washington State Office of the Insurance Commissioner 1-800-562-6900. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.wahealthplanfinder.org or call 1-855-923-4633.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Molina Healthcare of Washington at 1-888-858-3492.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

If you don't have [Minimum Essential Coverage](#) for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

Does this plan meet Minimum Value Standards? Yes.

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$3,300
■ Specialist copayment	\$60
■ Hospital (facility) coinsurance	30%
■ Other coinsurance	30%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$2,100
Copayments	\$400
Coinsurance	\$3,400
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$6,000

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$3,300
■ Specialist copayment	\$60
■ Hospital (facility) coinsurance	30%
■ Other coinsurance	30%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$7,400
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$1,200
Copayments	\$1,500
Coinsurance	\$500
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Joe would pay is	\$3,300

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$3,300
■ Specialist copayment	\$60
■ Hospital (facility) coinsurance	30%
■ Other coinsurance	30%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*x-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$1,900
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$1,000
Copayments	\$400
Coinsurance	\$400
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,800

*Note: This plan has other [deductibles](#) for specific services included in this coverage example. See "Are there other deductibles for specific services?" row above.

Your Extended Family:

Molina Healthcare (Molina) complies with all Federal civil rights laws that relate to healthcare services. Molina offers healthcare services to all members and does not discriminate based on race, color, national origin, ancestry, age, disability, or sex.

Molina also complies with applicable state laws and does not discriminate on the basis of creed, gender, gender expression or identity, sexual orientation, marital status, religion, honorably discharged veteran or military status, or the use of a trained dog guide or service animal by a person with a disability.

To help you talk with us, Molina provides services free of charge in a timely manner:

- Aids and services to people with disabilities
 - Skilled sign language interpreters
 - Written material in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, Braille)
- Language services to people who speak another language or have limited English skills
 - Skilled interpreters
 - Written material translated in your language

If you need these services, contact Molina Member Services. The Molina Member Services number is on the back of your Member Identification card. (TTY: 711).

If you think that Molina failed to provide these services or discriminated based on your race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint. You can file a complaint in person, by mail or email. If you need help writing your complaint, we will help you. Call our Civil Rights Coordinator at (866) 606-3889, or TTY: 711.

Mail your complaint to: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

You can also email your complaint to civil.rights@molinahealthcare.com.

You can also file your complaint with Molina Healthcare AlertLine, twenty four hours a day, seven days a week at:
<https://molinahealthcare.alertline.com>.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

You can also send it to a website through the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. If you need help, call (800) 368-1019; TTY (800) 537-7697.

You have the right to get this information in a different format, such as audio, Braille, or large font due to special needs or in your language at no additional cost.

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.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services. The number is on the back of your Member ID card. (English)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono está al reverso de su tarjeta de identificación del miembro. (Spanish)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員服務。電話號碼載於您的會員證背面。(Chinese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch vụ Thành viên. Số điện thoại có trên mặt sau thẻ ID Thành viên của bạn. (Vietnamese)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Makikita ang numero sa likod ng iyong ID card ng Miyembro. (Tagalog)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 회원 서비스로 전화하십시오. 전화번호는 회원 ID 카드 뒷면에 있습니다. (Korean)

تنبيه: إذا كنت تستخدم اللغة العربية، تتاح خدمات المساعدة اللغوية، مجانًا، لك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء. ورقم الهاتف هذا موجود خلف بطاقة تعريف العضو الخاصة بك. (Arabic)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm. W ap jwenn nimewo a sou do kat idantifikasyon manm ou a. (French Creole)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников. Номер телефона указан на обратной стороне вашей ID-карты участника. (Russian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Ձանգահարե՛ք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Հեռախոսի համարը նշված է ձեր Անդամակցության նույնականացման քարտի ետևի մասում: (Armenian)

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。

会員サービスまでお電話ください。電話番号は会員IDカードの裏面に記載されております。(Japanese)

توجه؛ اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی، بدون هزینه در دسترس شما هستند. با خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره تلفن روی پشت کارت شناسایی عضویت شما درج شده است. (Farsi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ (Member Services) ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਨੰਬਰ

ਤੁਹਾਡੇ Member ID (ਮੈਂਬਰ ਆਈ.ਡੀ.) ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੈ। (Punjabi)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wenden Sie sich telefonisch an die Mitgliederbetreuungen. Die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte. (German)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez les Services aux membres. Le numéro figure au dos de votre carte de membre. (French)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Cov npawb xov tooj nyob tom qab ntawm koj daim npav tswv cuab. (Hmong)



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le permitirá escoger un [plan](#) de salud. En el SBC, se indica cómo comparten el costo correspondiente a los servicios médicos cubiertos usted y el [plan](#). **TENGA EN CUENTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se suministrará aparte. Este sólo es un resumen. Para obtener más información sobre la cobertura u obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite nuestro sitio web MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492. Consulte el glosario para conocer la definición general de los términos comunes, como [cantidad autorizada](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados. Puede ver el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible global?	\$3,300 / individual o \$6,600 / familiar El deducible se aplica a los centros para pacientes ambulatorios y los centros para pacientes internados.	En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si usted ha adherido a otros miembros de la familia al plan , cada miembro debe alcanzar el deducible individual hasta que el monto total de los gastos correspondientes al deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar global.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Atención médica preventiva , planificación familiar, servicios pediátricos para la vista, cuidados paliativos, servicios de atención médica domiciliaria y medicamentos recetados de prevención del formulario: todos estos servicios están cubiertos antes de que usted alcance el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aún cuando usted no haya alcanzado el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance el deducible . Consulte la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$400 individual u \$800 / familiar para la cobertura de medicamentos recetados .	Debe pagar todos los costos correspondientes a estos servicios hasta alcanzar el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo correspondiente a este plan ?	Para los proveedores de la red , \$6,300 individual / \$12,600 familiar; para los proveedores fuera de la red , no hay cobertura, excepto que sea autorizado previamente por Molina Healthcare.	El límite de gastos de su bolsillo es el monto máximo que usted pagaría en un año por los servicios cubiertos. Si ha adherido a otros miembros de la familia al plan , estos deben alcanzar el límite de gastos de su bolsillo individual hasta que se alcance el límite de gastos de su bolsillo familiar global.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo ?	Las primas , los cargos de facturación del saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos gastos, estos no se computan con respecto al límite de gastos de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492 para obtener una lista	Este plan cuenta con una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor que forme parte de la red del plan. Usted pagará la mayor parte del costo si usa un

	de los proveedores de la red .	proveedor fuera de la red , y es posible que el proveedor le facture la diferencia entre lo que él cobra y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de la red puede recurrir a un proveedor fuera de la red para brindarle algunos servicios, como análisis de laboratorio. Consulte con el proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que prefiera sin una remisión .



Todos los costos correspondientes al [copago](#) y [coseguro](#) indicados en esta tabla se aplican una vez que usted haya alcanzado el [deducible](#), si hubiera.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará un mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará la mayor parte)	
Si se atiende en la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$20 de copago por visita al consultorio	No cubierto	Ninguno
	Consulta a especialista	\$60 de copago por visita	No cubierto	Se podría requerir autorización previa para cubrir los servicios.
	Atención médica preventiva/examen de detección/vacunación	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Y luego verifique qué pagará su plan .
Si tiene que hacerse un examen	Examen de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$40 de copago por análisis de sangre \$65 de copago por radiografía	No cubierto	Ninguno
	Imagenología (TC / tomografía PET, IRM)	30% de coseguro después del deducible	No cubierto	Se requiere autorización previa para cubrir los servicios de imagenología.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en http://MolinaMarketplace.com/WAFormulary2019.com	Nivel 1	\$10 de copago por receta	No cubierto	Se podría requerir autorización previa para cubrir los servicios. A través del programa de pedido por correo de medicamentos recetados , puede solicitar un suministro para hasta 90 días, y se ofrece a dos veces el costo compartido de receta minorista de 30 días. Según el nivel, esto será un copago o un coseguro . Los cupones o cualquier otra forma de asistencia de terceros relativa al costo compartido de los medicamentos recetados no se considerarán respecto de cualquier deducible o límite de gastos de bolsillo anual.
	Nivel 2	\$60 de copago por receta	No cubierto	
	Nivel 3	40% de coseguro después del deducible	No cubierto	

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará un mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará la mayor parte)	
	Nivel 4	40% de coseguro después del deducible	No cubierto	Se requiere autorización previa para cubrir los servicios. La opción de pedidos por correo no está disponible.
Si le practican una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej.: centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro después del deducible	No cubierto	Se podría requerir autorización previa para cubrir los servicios.
	Tarifa del médico/cirujano	30% de coseguro después del deducible	No cubierto	Se podría requerir autorización previa para cubrir los servicios.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	30% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible	Atención en la sala de emergencias , el coseguro no es aplicable si es internado en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	30 % de coseguro	30 % de coseguro	
	Cuidado urgente	\$50 de copago por visita	No cubierto	
Si lo internan en el hospital	Tarifa del hospital (p. ej.: habitación de hospital)	30% de coseguro después del deducible	No cubierto	Se requiere autorización previa para cubrir los servicios.
	Tarifa del médico/cirujano	30% de coseguro después del deducible	No cubierto	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de copago por visita al consultorio	No cubierto	Se requiere autorización previa para la atención como paciente internado para cubrir los servicios.
	Servicios con internación.	30% de coseguro después del deducible	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	El costo compartido no se aplica para la atención prenatal de rutina, la primera visita posparto ni ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en el SBC (como el ultrasonido).
	Servicios profesionales de obstetricia (parto o trabajo de parto)	30% de coseguro después del deducible	No cubierto	
	Servicios de centro de obstetricia (parto o trabajo de parto)	30% de coseguro después del deducible	No cubierto	
Si necesita servicios de recuperación o	Atención médica domiciliaria	Sin cargo	No cubierto	130 visitas por año. Los servicios deben ser prestados por una agencia de atención médica

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará un mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará la mayor parte)	
tiene otras necesidades médicas especiales				a domicilio de la red.
	Servicios de rehabilitación	\$60 de copago por visita	No cubierto	25 visitas combinadas por año - Terapia física, ocupacional y del habla 10 visitas por año - Quiropraxia de la columna 12 visitas por año - Servicios de acupuntura El monto de copago refleja los servicios ambulatorios únicamente
	Servicios de recuperación de habilidades	\$60 de copago por visita	No cubierto	25 visitas combinadas por año - Terapia física, ocupacional y del habla 10 visitas por año - Quiropraxia de la columna 12 visitas por año - Servicios de acupuntura El monto de copago refleja los servicios ambulatorios únicamente
	Atención de enfermería especializada	30% de coseguro después del deducible	No cubierto	60 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa para cubrir los servicios.
	Equipo médico duradero	30 % de coseguro	No cubierto	Excluye modificaciones de vehículo, modificaciones en el hogar, ejercicio y equipo para el baño.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo	No cubierto	<u>No se requiere autorización previa . Notifique a Molina antes de que se presten los servicios.</u>
	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	La cobertura se limita a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	La cobertura se limita a un par de anteojos por año.
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	No corresponde. Se puede comprar la cobertura como un producto independiente; no está cubierto por esta póliza.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (lea su póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de los otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|-----------------------------|--|--|
| • Cirugía bariátrica | • Atención dental (niños) | • Enfermería privada |
| • Cirugía cosmética | • Tratamiento de infertilidad | • Atención de la vista de rutina (adultos) |
| • Atención dental (adultos) | • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Cuidado de los pies de rutina |

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta no es una lista completa. Lea el documento del [plan](#)).

- | | | |
|-----------------------------|--------------|-------------------------|
| • Interrupción del embarazo | • Acupuntura | • Cuidado a largo plazo |
|-----------------------------|--------------|-------------------------|

Su derecho a continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar la cobertura una vez que finalice. A continuación, encontrará la información de contacto de esas agencias: Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington 1-800-562-6900. Puede tener otras opciones de cobertura también, incluso puede comprar un seguro individual en el [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de Seguros Médicos](#), visite www.wahealthplanfinder.org o llame al 1-855-923-4633.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene alguna queja contra el [plan](#) debido a la denegación de un [reclamo](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, lea la Descripción de Beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también le brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#), por cualquier motivo, ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, comuníquese con: Molina Healthcare of Washington al 1-888-858-3492.

¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) por un mes, deberá efectuar un pago al momento de presentar la declaración de impuestos; excepto que califique para ser eximido respecto del requisito de que debe tener cobertura médica durante 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 ser elegible para obtener un [crédito fiscal de prima](#), que le permita pagar un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

—————Para ver ejemplos sobre cómo este plan cubriría los costos en una situación médica hipotética, consulte la siguiente sección.—————

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos indicados solo ilustran cómo este [plan](#) cubriría la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) y muchos otros factores. Observe los montos correspondientes al [costo compartido](#) ([deducible](#), [copago](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar el porcentaje de los costos que pagaría en virtud de otros [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible global del plan	\$3300
■ Copago de especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	30 %
■ Otro coseguro	30 %

Este caso hipotético incluye servicios como estos:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de obstetricia (parto o trabajo de parto)
 Servicios de centro de obstetricia (parto o trabajo de parto)
 Exámenes de diagnóstico (*ultrasonido, análisis de sangre*)
 Visita a especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,100
Copagos	\$400
Coseguro	\$3,400
<i>Servicios que no están cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría sería	\$6,000

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para controlar la afección eficazmente)

■ El deducible global del plan	\$3300
■ Copago de especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este caso hipotético incluye servicios como estos:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluso educación sobre la enfermedad*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total de ejemplo	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,200
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$500
<i>Servicios que no están cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría sería	\$3,300

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible global del plan	\$3300
■ Copago de especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	30 %
■ Otro coseguro	30 %

Este caso hipotético incluye servicios como estos:

Atención en la sala de emergencias (*incluso suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total de ejemplo	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$400
Coseguro	\$400
<i>Servicios que no están cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría sería	\$1,800

*Nota: Este plan implementa otros [deducibles](#) para los servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la sección ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? arriba.

El [plan](#) sería responsable de los otros costos correspondientes a estos servicios cubiertos, que se ofrecen como ejemplo.



Aviso de no discriminación Molina Healthcare

Your Extended Family.

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas a los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todo miembro y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, edad, discapacidad o sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina por motivos de credo, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, religión, veteranos retirados honorablemente o estado militar, o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por una persona con una discapacidad.

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

- Ayuda y servicios para personas con discapacidades
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Materiales escritos en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille)
- Servicios de idiomas para personas que hablan otro idioma o que tienen aptitudes limitadas en idioma inglés
 - Intérpretes capacitados
 - Material escrito traducido a su idioma

Si necesita estos servicios, comuníquese con los Servicios para Miembros de Molina. El número de teléfono de Servicios para Miembros de Molina se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. (TTY: 711).

Si siente que Molina no le proporcionó estos servicios o lo discriminó por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para escribir su queja, le podemos ayudar. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711.

Envíe su queja por correo a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

Usted también puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com.

También puede presentar una queja ante Molina Healthcare AlertLine, las 24 horas, todos los días de la semana, en <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en la Oficina de Derechos Civiles. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

También puede enviarla a un sitio web a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al (800) 368-1019; TTY (800) 537-7697.

Quejas: el procedimiento de quejas está disponible en la sección del Acuerdo llamada “Quejas y apelaciones”. Consulte dicha sección para saber cómo presentar una queja, cómo incluir el nombre del representante del plan y su número de teléfono, dirección y correo electrónico para que podamos ponernos en contacto con él en relación con dicha queja, y cómo presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para su revisión una vez finalizado el proceso de queja o la participación en el proceso durante 30 días, como mínimo.

You have the right to get this information in a different format, such as audio, Braille, or large font due to special needs or in your language at no additional cost.

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.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services. The number is on the back of your Member ID card. (English)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono está al reverso de su tarjeta de identificación del miembro. (Spanish)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員服務。電話號碼載於您的會員證背面。(Chinese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch vụ Thành viên. Số điện thoại có trên mặt sau thẻ ID Thành viên của bạn. (Vietnamese)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Makikita ang numero sa likod ng iyong ID card ng Miyembro. (Tagalog)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 회원 서비스로 전화하십시오. 전화번호는 회원 ID 카드 뒷면에 있습니다. (Korean)

تنبيه: إذا كنت تستخدم اللغة العربية، تتاح خدمات المساعدة اللغوية، مجانًا، لك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء. ورقم الهاتف هذا موجود خلف بطاقة تعريف العضو الخاصة بك. (Arabic)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm. W ap jwenn nimewo a sou do kat idantifikasyon manm ou a. (French Creole)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников. Номер телефона указан на обратной стороне вашей ID-карты участника. (Russian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Ձանգահարե՛ք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Հեռախոսի համարը նշված է ձեր Անդամակցության նույնականացման քարտի ետևի մասում: (Armenian)

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。

会員サービスまでお電話ください。電話番号は会員IDカードの裏面に記載されております。(Japanese)

توجه؛ اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی، بدون هزینه در دسترس شما هستند. با خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره تلفن روی پشت کارت شناسایی عضویت شما درج شده است. (Farsi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ (Member Services) ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਨੰਬਰ ਤੁਹਾਡੇ Member ID (ਮੈਂਬਰ ਆਈ.ਡੀ.) ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੈ। (Punjabi)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wenden Sie sich telefonisch an die Mitgliederbetreuungen. Die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte. (German)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez les Services aux membres. Le numéro figure au dos de votre carte de membre. (French)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Cov npawb xov tooj nyob tom qab ntawm koj daim npav tswv cuab. (Hmong)