

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.

Molina Marketplace Options Bronze Plan

Duración de la póliza: 01/01/2017-12/31/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Individuo + familia | Tipo de plan: HMO



Éste es sólo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o los términos de la póliza en www.MolinaMarketplace.com o llamando al 1-888-560-2043.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible general</u> ?	Individuo \$6,650 Familia de 2 o más \$13,300 . Deducible Med/Rx integrado - No se aplica para las primeras consultas de consultas de atención primaria u otras consultas, consultas de salud mental y abuso de sustancias, planificación familiar, visión pediátrica, hospicio, medicamentos preventivos, medicamentos genéricos	Debe pagar todos los costos hasta cumplir con la suma del deducible antes de que este plan pague por los servicios cubiertos que usted reciba. Vea su póliza o el documento del plan para verificar cuándo el deducible empieza de nuevo (comúnmente, pero no siempre, el 1.º de enero). Vea la gráfica en la página 2 para las cantidades que pagará para los servicios cubiertos después de cumplir con el deducible .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos, pero vea la gráfica que empieza en la página 2 para otros costos de los servicios que este plan cubre.
¿Hay un límite para los <u>gastos de mi bolsillo</u> ?	Sí. \$7,150 Individuo, cada año \$14,300 Familia, cada año	El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que puede pagar durante un período de cobertura (comúnmente un año) para su costo compartido de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar para los gastos de atención médica.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Primas, cobros facturados del saldo y cuidado no cubierto.	A pesar de que usted pague estos gastos, no cuentan hacia su límite de gastos de su bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No	La gráfica que empieza en la página 2 describe cualquier límite sobre lo que el plan pagará para <i>específicos</i> servicios cubiertos, tales como las visitas a consultorios.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para una lista de los proveedores participantes, visite www.MolinaMarketplace.com , o llame al 1-888-560-2043.	Si usted usa un proveedor participante u otro proveedor médico, este plan pagará parte o todos los costos de los servicios cubiertos. Esté consciente, su médico u hospital participante puede usar un proveedor no participante para algunos servicios. Los planes utilizan el término "en la red", preferido o participante para proveedores dentro de la red . Vea la gráfica en la página 2 para conocer cómo este plan le paga a diferentes tipos de proveedores .
¿Necesito una remisión para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el especialista que elija sin el permiso de este plan.
¿Hay servicios que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre aparecen en la página 5. Vea su póliza o su documento del plan para información adicional sobre los servicios excluidos .

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.MolinaMarketplace.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/ o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.



- **Copagos** son cantidades fijas (p. ej. \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la cantidad aprobada por el **plan** para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su pago del **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un proveedor **fuera de la red** le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500. (conocida como **saldo de facturación**.)
- Este plan puede animarlo a que use **proveedores** participantes cobrándole **deducibles**, **copagos** y **un coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o el consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$45 de copago por visita, por las primera 3 visitas, entonces 50% del coseguro*	No está cubierto	* Las primeras tres visitas al médico primary u otro proveedor de salud tienen un copago de \$45 por visita y el deducible no es aplicable. Después de las primeras tres visitas al médico primary u otro proveedor de salud, se aplicará el 50% del coseguro y deducible.
	Consulta con un especialista	50% de coseguro	No está cubierto	
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$45 de copago por visita, por las primera 3 visitas, entonces 50% del coseguro*	No está cubierto	
	Servicios preventivos / evaluaciones / vacunas	Ningún cobro	No está cubierto	
Si tiene que hacerse un examen	Examen diagnóstico radiografía, análisis de sangre	50% de coseguro	No está cubierto	-----ninguno-----
	Imagenología (TC / tomografía PET, IRM)	50% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida o los servicios no se cubrirán.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o padecimiento. Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite molinamarketplace.com	Categoría 1 - medicamentos genéricos	\$35 de copago (farmacia minorista)	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos. Un suministro de hasta 30 días por farmacia minorista. Un suministro de hasta 90 días para órdenes de farmacia por correo se ofrece por dos veces del costo compartido de un suministro de 30 días con una farmacia minorista.
	Categoría 2 - medicamentos preferidos de marca registrada	35% de coseguro (farmacia minorista)	No está cubierto	
	Categoría 3 - medicamentos no preferidos de marca registrada	40% de coseguro (farmacia minorista)	No está cubierto	
	Categoría 4 - medicamentos especializados	45% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida o los servicios posiblemente no se cubrirán. Costo compartido máximo de \$100 por un suministro de 30 días de medicamentos orales de quimioterapia.
	Categoría 5 - medicamentos preventivos	Ningún cobro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos. Un suministro de hasta 30 días de farmacia minorista. Un suministro de hasta 90 días de farmacia por correo.

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.MolinaMarketplace.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/

o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si recibe una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. centro quirúrgico ambulatorio)	50% de coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Tarifa del médico / cirujano	50% de coseguro	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	50% de coseguro	50% de coseguro	No es aplicable si es internado en el hospital
	Traslado médico de emergencia	50% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
	Cuidado urgente	50% de coseguro	50% de coseguro	Un proveedor no participante está cubierto solo cuando los servicios se proporcionan fuera del área de servicio.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (p. ej., habitación)	50% de coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Tarifa del médico / cirujano	50% de coseguro	No está cubierto	
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$45 de copago por visita	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	50% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida o los servicios posiblemente no se cubrirán.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$45 de copago por visita	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	50% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida o los servicios posiblemente no se cubrirán.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y de posparto	Ningún cobro	No está cubierto	-----ninguno-----
	Parto y todos los servicios de internación	50% de coseguro	No está cubierto	Para partos, sólo se requiere notificación y autorización previa no es requerida. Los servicios para la interrupción de embarazo están sujetos a restricciones y leyes estatales, y se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.MolinaMarketplace.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/

o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.

MOBS-0017 (10-16)

4721454WIMP0816

3 de 8

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Ningún cobro	No está cubierto	Limitado a: - Un máximo de dos horas por consulta para las visitas por una enfermera, trabajadora social médica, terapeuta física, ocupacional o del habla y hasta un máximo de cuatro horas por consulta para las visitas por una auxiliar de atención médica domiciliaria - Un máximo de 60 visitas cada año natural (incluyendo todas las visitas de cuidado de salud en el hogar) Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Servicios de rehabilitación	50% de coseguro	No está cubierto	Limitado a: 20 visitas cada año por terapia - terapia física, ocupacional y pulmonar 36 visitas por año - rehabilitación cardíaca 30 visitas por año - terapia auditiva pos implante coclear Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Servicios de recuperación de las habilidades	50% de coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Cuidado de enfermería especializado	50% de coseguro	No está cubierto	Un límite de 30 días por año natural. Autorización previa requerida o los servicios posiblemente no se cubrirán.
	Equipo médico duradero	50% de coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Cuidado de hospicio	Ningún cobro	No está cubierto	Sólo notificación; autorización previa no requerida.
Si su hijo necesita servicios dentales o para la vista	Examen de la vista	Ningún cobro	No está cubierto	Un examen / evaluación de detección cada año natural
	Anteojos	Ningún cobro	No está cubierto	Limitado a: - Un par de marcos estándares y lentes recetados cada 12 meses - Un par de lentes de contacto cada 12 meses, en lugar de anteojos recetados - Dispositivos ópticos de visión baja, evaluación cada 5 años La cirugía correctiva de láser no está cubierta.
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	No aplicable

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.MolinaMarketplace.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/

o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o el documento del plan para los otros servicios excluidos.)

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|--|
| • Acupuntura | • Atención dental (niños) | • Atención médica no urgente cuando viaja fuera de los EE. UU. |
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento de infertilidad | • Enfermera de atención privada |
| • Cirugía cosmética | • Atención médica a largo plazo | • Cuidado de los pies de rutina |
| • Atención dental (adultos) | | |

Otros servicios cubiertos (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios).

- | | | |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|
| • Cuidado quiropráctico | • Aparatos auditivos | • Programas para perder peso |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|

Su derecho a continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden proveer protección que le permiten mantener esta cobertura médica siempre y cuando usted pague su **prima**. Sin embargo, existen excepciones, por ejemplo, si:

- comete fraude;
- la compañía de seguros deja de ofrecer servicios en el estado;
- se muda fuera del área de servicio.

Para más información sobre sus derechos para continuar la cobertura, comuníquese con la compañía de seguros al 1-888-560-2043. También puede comunicarse con el departamento estatal de seguros en la Secretaría del Comisionado de Seguros de Wisconsin al 1-800-236-8517.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede apelar la decisión o presentar una queja. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese al: 1-888-560-2043.

¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser una “cobertura esencial mínima”. **Este plan o esta póliza sí ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios de acceso de idiomas: Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-560-2043.

—————Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.—————

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.MolinaMarketplace.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/

o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga \$420
- El paciente paga \$7,120

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$6,650
Copagos	\$0
Coseguro	\$320
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$7,120

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de una enfermedad bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$1,480
- El paciente paga \$3,920

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas a consultorios y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$2,420
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,420
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$3,920

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.MolinaMarketplace.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/ o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las primas.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos para una zona geográfica en particular o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de proveedores de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de proveedores fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los deducibles, copagos y coseguro. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✗ **No.** Los tratamientos que mencionamos son sólo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura no son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del proveedor y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de prima. Por lo general, cuanto más baja sea la prima mayores serán los gastos de su bolsillo, como los copagos, deducibles y coseguro. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.MolinaMarketplace.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/cciiio/ o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.

MOBS-0017 (10-16)

4721454WIMP0816

Language Access

If you, or someone you're helping, has questions about Molina Marketplace, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-888-560-2043.

Albanian	Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, ka pyetje për Molina Marketplace, keni të drejtë të merrni ndihmë dhe informacion falas në gjuhën tuaj. Për të folur me një përkthyes, telefononi numrin 1 (888) 560-2043.
Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Molina Marketplace فإليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1 (888) 560-2043.
Chinese	如果您，或是您正在協助的對象，有關於[插入項目的名稱] Molina Marketplace 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字] 1 (888) 560-2043。
French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Molina Marketplace, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1 (888) 560-2043.
German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Molina Marketplace haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1 (888) 560-2043 an.
Hindi	यदि आपके, या आप द्वारा सहायता किए जा रहे किसी व्यक्ति के Molina Marketplace के बारे में प्रश्न हैं, तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिए से बात करने के लिए, 1 (888) 560-2043 पर कॉल करें।
Hmong	Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Molina Marketplace, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1 (888) 560-2043.
Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Molina Marketplace 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1 (888) 560-2043 로 전화하십시오.

Laotian	ຖ້າທ່ານ, ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Molina Marketplace, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ການໂອ້ນລົມກັບນາຍພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1 (888) 560-2043.
Pennsylvanian Dutch	“Wann du hoscht en Froog, odder ebber, wu du helpscht, hot en Froog baut Molina Marketplace, hoscht du es Recht fer Hilf un Information in deinre eegne Schprooch griege, un die Hilf koschtet nix. Wann du mit me Interpreter schwetze witt, kannscht du 1 (888) 560-2043 uffrufe.
Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz ,macie pytania odnośnie Molina Marketplace, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku .Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1 (888) 560-2043
Russian	Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Molina Marketplace, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1 (888) 560-2043.
Spanish	Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Molina Marketplace, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1 (888) 560-2043.
Tagalog	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Molina Marketplace, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1 (888) 560-2043.
Vietnamese	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Molina Marketplace, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1 (888) 560-2043.