



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el [plan](#) los costos de los servicios de atención médica 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 su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite nuestro sitio web en www.molinamarketplace.com/marketplace/tx/en-us/MemberForms.aspx. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como [cantidad autorizada](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otro de los 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 general?	\$1,550 Individual o \$3,100 Familiar	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro debe alcanzar el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros alcance el deducible general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el deducible ?	Sí. Los servicios médicos cubiertos que se enumeran sin deducible y algunos medicamentos recetados están cubiertos antes de que usted alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de cumplir con su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$8,100 Individual o \$16,200 Familiar	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , la facturación del saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte TX Find Care o llame al 1-888-858-3492 para obtener una lista de proveedores participantes..	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor que forma parte de la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga el plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesita una remisión para consultar a un especialista ?	No.	Puede visitar al especialista que usted elija sin una remisión .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar el [deducible](#), en caso de que un [deducible](#) se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o herida	\$20 de copago por consulta	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$50 de copago por visita al consultorio	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Atención médica preventiva/pruebas de detección /vacunación	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan .
Si tiene que hacerse un examen	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$15 de Copago por prueba para análisis de sangre 25 % de copago después del deducible por prueba de radiografía.	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (Tomografía computada, tomografía por emisión de positrones y resonancia magnética)	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa o los servicios de imágenes no están cubiertos

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.MolinaMarketplace.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encuentre más información acerca de la cobertura para medicamentos recetados en MolinaMarketplace.com/TXFormulary2024	Medicamentos genéricos	\$15 de copago por receta, no se aplica el deducible (minorista); costo compartido de \$37.50 para un suministro de 90 días, no se aplica el deducible (por correo)	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa o los servicios no estarán cubiertos. Los medicamentos recetados para pedidos por correo están disponibles en un suministro para 90 días y se ofrecen a dos veces y media el costo compartido de los medicamentos recetados al por menor para 30 días. Dependiendo del nivel de categoría, esto será un copago o un coseguro .
	Medicamentos de marca preferidos	\$50 de copago después del deducible por medicamento con receta (minorista); costo compartido de \$125 por suministro de 90 días, después del deducible (por correo)	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	30 % de copago después del deducible (minorista); dos veces y media el costo compartido del 30 % después del deducible para un suministro de 90 días (por correo)	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	30 % de copago después del deducible	Sin cobertura	
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía ambulatoria)	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.MolinaMarketplace.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
				La cirugía ocular correctiva con láser no está cubierta.
Si requiere atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	25 % de copago después del deducible por consulta	25 % de copago después del deducible por consulta	El copago de la atención de la sala de emergencias no se aplica, si es admitido en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	25 % de copago después del deducible	25 % de copago después del deducible	Ninguna
	Atención médica de urgencia	\$20 de copago por consulta	Sin cobertura	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Honorarios del centro (p. ej., habitación de hospital)	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de copago por consulta Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo ambulatorio - 25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para terapia electroconvulsiva (ECT), pruebas neuropsicológicas y psicológicas, hospitalización parcial, tratamiento de salud del comportamiento para PDD/autismo, servicios de abuso de sustancias, tratamiento diurno, servicios de desintoxicación y atención o servicios para pacientes hospitalizados no cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Los costos compartidos no se aplican a la atención prenatal de rutina, ni a la primera consulta posnatal, ni a ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicios, puede
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.MolinaMarketplace.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	aplicarse un coseguro . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	60 consultas por año. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia de salud a domicilio de la red .
	Servicios de rehabilitación	\$20 de copago por consulta	Sin cobertura	35 consultas por año. Solo servicios médicamente necesarios . Se requiere una autorización previa para los servicios de rehabilitación de terapia ocupacional, terapia del habla, terapia física, radioterapia y cirugía de radio, o los servicios no cubiertos
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$20 de copago por consulta	Sin cobertura	.35 consultas por año. No aplica para condiciones MH/SUD.
	Atención de enfermería especializada	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	25 días por año calendario. Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Equipo médico duradero	25 % de copago después del deducible	Sin cobertura	Excluye las modificaciones del vehículo, las modificaciones del hogar, el ejercicio y el equipo del baño. Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un par de anteojos por año.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	No se aplica. La cobertura se puede comprar como un producto independiente; no está cubierta por esta póliza.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.MolinaMarketplace.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) | • Atención dental (adultos) | • Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos |
| • Acupuntura | • Atención dental (niños) | • Cuidado de rutina de los pies |
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento de infertilidad | • Programas de pérdida de peso |
| • Cirugía cosmética | • Atención a largo plazo | |

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

- | | | |
|---|--|--|
| • Atención quiropráctica (relacionada con los beneficios de rehabilitación, límite combinado de 35 consultas) | • Audífonos (1 audífono cada 36 meses) | • Servicio de enfermería privada (medicamente necesario) |
| | | • Cuidado de rutina de los ojos (adultos) |

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: Molina Healthcare of Texas al 1-888-560-2025 o al Texas Department of Insurance al 1-800-252-3439. También puede tener a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Marketplace de seguros de salud](#). Para obtener más información acerca del [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318- 2596.

Su derecho a presentar una inconformidad o una apelación: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) 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](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Si tiene preguntas acerca de sus derechos o este aviso, o si necesita asistencia, puede comunicarse con Molina Healthcare of Texas al 1-888-560-2025 o al Texas Department of Insurance al 1-800-252-3439.

¿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 obtener un [crédito fiscal para la prima](#).

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [estándar de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para obtener un [crédito fiscal para la prima](#) 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 1-888-560-2025.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-560-2025.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-560-2025.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-560-2025.

Para ver ejemplos sobre cómo este [plan](#) podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección



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, del precio del [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)

■ Deducible general del plan	\$1,550
■ Copago para el especialista	\$50
■ Copago del hospital (centro) después del deducible	25 %
■ Otro copago después del deducible	25 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

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

En este ejemplo, Peg debe pagar:

Costos compartidos

Deducibles	\$5,000
Copagos	\$800
% de copago	\$2,100

Qué servicios no cubre el plan

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que debe pagar Peg es de	\$7,850
--	----------------

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible general del plan	\$1,550
■ Copago para el especialista	\$50
■ Copago del hospital (centro) después del deducible	25 %
■ Otro copago después del deducible	25 %

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 recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe debe pagar:

Costos compartidos

Deducibles *	\$3,900
Copagos	\$700
% de copago	\$0

Qué servicios no cubre el plan

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que debe pagar Joe es de	\$4,600
--	----------------

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible general del plan	\$1,550
■ Copago para el especialista	\$50
■ Copago del hospital (centro) después del deducible	25 %
■ Otro copago después del deducible	25 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

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

En este ejemplo, Mia debe pagar:

Costos compartidos

Deducibles *	\$1,600
Copagos	\$400
% de copago	\$0

Qué servicios no cubre el plan

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que debe pagar Mia es de	\$2,000
--	----------------

El [plan](#) será responsable del resto de los costos de estos servicios cubiertos que figuran como EJEMPLOS.



Your Extended Family.

Aviso de no discriminación Molina Healthcare

Molina Healthcare (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 discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina en base a credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, condición militar o veterano retirado con honores, o por el uso de un perro guía o un animal de servicio entrenado 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 discapacidad
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille)
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
 - Intérpretes especializados
 - Material escrito traducido en su idioma

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina. El número del Departamento de Servicios para Miembros de Molina está en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro. (TTY: 711).

Si considera que Molina no le proporcionó estos servicios o le trató de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir el reclamo, podemos ayudarle. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o al TTY: 711.

Envíe su reclamo por correo postal a: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

También puede enviar su reclamo por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com.

También puede presentar su reclamo ante Molina Healthcare AlertLine, las 24 horas del día, los 7 días de la semana en: <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Los formularios para la presentación de reclamos 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 enviarlo a un sitio web a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

ACCESO A IDIOMAS

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre Molina Marketplace, tiene el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1 (888) 560-2025.

Árabe	إذا كان لديك ، أو أي شخص آخر تساعد، أسئلة حول Molina Marketplace ، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون أي تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري ، اتصل على 1 (888) 560-2025.
Chino	如果您，或是您正在協助的對象，有關於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 1 (888) 560-2025。
Francés	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) 560-2025.
Alemán	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- 2025 an.
Gujarati	જો તમને અથવા તમે જેને મદદ કરી રહ્યા હોવ એવી કોઈ વ્યક્તિને Molina Marketplace વિશે પ્રશ્નો હોય, તો વિના કોઈ ખર્ચે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, 1 (888) 560-2025 પર કોલ કરો.
Hindi	यदि आपके, या आपके द्वारा सहायता किए जा रहे किसी व्यक्ति के Molina Marketplace के बारे में प्रश्न है, तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। किसी भी दुभाषिण से बात करने के लिए, 1 (888) 560-2025 पर कॉल करें।
Japonés	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Molina Marketplace についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1 (888) 560-2025までお電話ください。
Coreano	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) 560-2025로 전화하십시오.
Laosiano	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Molina Marketplace, ທ່ານມີສິດຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ຖ້າຕ້ອງການໂອ້ນລັກກັບນາຍພາສາ, ກະລຸນາໂທ 1 (888) 560-2025.
Farsi	اگر شما یا کسی که به آن کمک می کنید سؤالی درباره Molina Marketplace دارید، می توانید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان و به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت با مترجم شفاهی با 1 (888) 560-2025 تماس بگیرید.
Ruso	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) 560-2025.
Español	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) 560-2025.
Tagalog	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, 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) 560-2025.
Urdu	اگر آپ، یا کوئی اور جن کی آپ مدد کر رہے ہیں، کے Marketplace Molina کے بارے میں کوئی سوال ہو تو آپ کو بغیر کسی قیمت کے اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی ترجمان سے بات کرنے کیلئے 1 (888) 2025-560 پر کال کریں۔

Vietnamita	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Molina Marketplace, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, vui lòng gọi 1 (888) 560-2025.
------------	--