



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 recibir más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [www.MolinaMarketplace.com](http://www.MolinaMarketplace.com). Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes como [cantidad aprobada](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados. Puede ver el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llame al 1-800-318-2596 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$2,000 / individual o \$4,000 / familiar Médico y recetas combinados	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro debe alcanzar el <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos del <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros alcance el <a href="#">deducible</a> general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de alcanzar el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">Atención preventiva</a> , planificación familiar, servicios pediátricos para la visión, hospicio, <a href="#">medicamentos con receta</a> preventivos del formulario	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero puede aplicarse un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> . Consulte la lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$8,700 Individual o \$17,400 Familiar	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el límite de <a href="#">gastos de bolsillo</a> familiar.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Consulte en <a href="http://www.MolinaMarketplace.com">www.MolinaMarketplace.com</a> o llame al 1-888-858-3492 para obtener una lista de <a href="#">proveedores participantes</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> que forma parte de la <a href="#">red del plan</a> . Pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">referencia</a> .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el [deducible](#), en caso de que este se aplique.

Evento médico común	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otros Información importante
	Los servicios que podría necesitar	Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica o una clínica	Consulta de atención médica básica para tratar una enfermedad o herida	\$30 de <a href="#">copago</a> por visita al consultorio	No cubierto	Ninguna
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$60 de <a href="#">copago</a> por visita	No cubierto	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> o que los servicios no estén cubiertos.
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</a>	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <a href="#">plan</a> .
Si tiene que hacerse un examen	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por análisis de sangre 25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por prueba de radiografía	No cubierto	Ninguna
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por prueba	No cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> o los servicios de obtención de imágenes no están cubiertos.
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> está disponible en <a href="#">Molinamarketplace/TXForulary2023.com</a>	Medicamentos genéricos	\$15 de <a href="#">copago</a> por receta médica, no se aplica el <a href="#">deducible</a> (en farmacia); \$37.50 de costos compartidos en un suministro de 90 días, no se aplica el <a href="#">deducible</a> (por correo)	No cubierto	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> o que los servicios no estén cubiertos. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> para pedidos por correo están disponibles en un suministro de 90 días y se ofrecen al doble y medio de los <a href="#">costos compartidos</a> de los medicamentos con receta para minoristas de 30 días. Dependiendo del nivel de Categoría esto será un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> .
	Medicamentos de marca preferidos	\$30 de <a href="#">copago</a> por receta médica, no se aplica el <a href="#">deducible</a> (en farmacia); \$75 de costos compartidos en un suministro de 90 días, no se aplica el <a href="#">deducible</a> (por correo)	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 de <a href="#">copago</a> por receta medica, no se aplica <a href="#">deducible</a> (en farmacia); \$150 de los costos compartidos por un suministro de 90 días, no se	No cubierto	

Evento médico común	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otros Información importante
	Los servicios que podría necesitar	Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
		aplica <a href="#">deducible</a> (por correo)		
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	\$250 de <a href="#">copago</a>	No cubierto	
<b>Si requiere una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro médico (p. ej., clínica de cirugía ambulatoria)	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por centro médico por día	No cubierto	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> o que los servicios no estén cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por día	No cubierto	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> o que los servicios no estén cubiertos. La cirugía ocular correctiva con láser no está cubierta.
<b>Si requiere atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por visita	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por visita	Si es admitido en el hospital, el <a href="#">copago de la Atención en la sala de emergencias</a> no se aplica.
	<a href="#">Transporte médico</a> para casos de <a href="#">emergencia</a>	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por viaje	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por viaje	Ninguna
	<a href="#">Atención médica urgente</a>	\$45 de <a href="#">copago</a> por visita	No cubierto	Ninguna
<b>Si tiene una estadía en un hospital</b>	Tarifa del centro médico (p. ej., habitación de hospital)	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por día	No cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por consulta	No cubierto	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, del comportamiento o para el abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de <a href="#">copago</a> por visita al consultorio Programas de Tratamiento Psiquiátrico Intensivo Ambulatorio - 25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por día	No cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés), pruebas neuropsicológicas y psicológicas, <a href="#">hospitalización</a> parcial, tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo (PDD, en inglés)/autismo, servicios para abuso de sustancias, tratamiento diurno, servicios de desintoxicación y atención o servicios para <a href="#">pacientes hospitalizados</a> no cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por día	No cubierto	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican a la atención prenatal de rutina ni a la primera consulta posnatal ni a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, se puede aplicar el <a href="#">coseguro</a> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por día por visita	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro médico	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por día	No cubierto	

Evento médico común	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otros Información importante
	Los servicios que podría necesitar	Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
				descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
<b>Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	Sin cargo	No cubierto	60 consultas por año. Los servicios deben ser proporcionados por un organismo de atención médica en el hogar dentro de la <a href="#">red</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$30 de <a href="#">copago</a> por visita	No cubierto	35 consultas por año. Solo servicios <a href="#">médicamente necesarios</a> . Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> de terapia ocupacional, terapia del habla, terapia física, radioterapia y cirugía de radio o los servicios no están cubiertos.
	<a href="#">Servicios de recuperación de las habilidades</a>	\$30 de <a href="#">copago</a> por visita	No cubierto	35 consultas por año. No se aplica a las afecciones que requieren servicios de salud mental/del comportamiento o servicios para el trastorno por abuso de sustancias.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por día	No cubierto	25 días por año calendario. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> o los servicios no están cubiertos.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	25 % de <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> por solicitud	No cubierto	No incluye modificaciones de vehículos, modificaciones en el hogar, ejercicios ni equipamiento para baño. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> o que los servicios no estén cubiertos.
	<a href="#">Atención médica para pacientes terminales</a>	Sin cargo	No cubierto	Ninguna
<b>Si su hijo necesita servicios dentales u oculares</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un par de anteojos por año.
	Chequeos dentales para niños	No cubierto	No cubierto	No aplica. La cobertura puede adquirirse como un producto independiente; no está contemplado en esta póliza.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

<b>Servicios que su <a href="#">Plan</a> generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)</li><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cirugía cosmética</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención dental (adultos)</li><li>• Atención dental (niños)</li><li>• Tratamiento de infertilidad</li><li>• Atención médica a largo plazo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos</li><li>• Cuidado de rutina de los ojos (adultos)</li><li>• Cuidado de rutina de los pies</li><li>• Programas de pérdida de peso</li></ul>
<b>Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su <a href="#">plan</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado quiropráctico (relacionado con los beneficios de rehabilitación, límite de 35 visitas combinadas)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos (1 audífono cada 36 meses)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención privada de enfermería (<a href="#">medicamente necesaria</a>)</li></ul>

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: Molina Healthcare of Texas al 1-888-560-2025 o el Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Marketplace de seguros de salud](#). Para obtener más información acerca del [Marketplace](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Además, los documentos de su [plan](#) proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja formal](#) ante su [plan](#) por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con : Molina Healthcare of Texas al 1-888-560-2025 o el Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439.

### ¿Ofrece este [plan](#) cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#). [seguro de salud](#) disponible a través del [Marketplace](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para obtener [crédito fiscal para las primas](#).

### ¿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 [crédito fiscal para las primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

### Servicios de acceso lingüístico:

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 cubrir los costos en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.*

## Sobre estos ejemplos de cobertura:

 **Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del [proveedor](#) y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [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 en la red y parto en un hospital)

- [Deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- [Copago](#) del hospital (centro médico) 25 % por día después del [deducible](#)
- Otro [coseguro](#) 0 %

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

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

#### En este ejemplo, Peg debe pagar:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,000
<a href="#">Copagos</a>	\$70
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,600
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$4,670</b>

### Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina en la red para la afección bien controlada)

- [Deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- [Copago](#) del hospital (centro médico) 25 % por día después del [deducible](#)
- Otro [coseguro](#) 0 %

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

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

#### En este ejemplo, Joe debe pagar:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$900
<a href="#">Copagos</a>	\$900
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$1,800</b>

### Fractura simple de Mia

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

- [Deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- [Copago](#) de hospital (centro médico) 25 % por día después del [deducible](#)
- Otro [coseguro](#) 0 %

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

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

#### En este ejemplo, Mia debe pagar:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,700
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Mia es</b>	<b>\$2,000</b>

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



**Estás en familia.**

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, origen nacional, 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, estado militar o estado veterano licenciado honorablemente, 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:

- Ayudas y servicios para personas con discapacidad
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
  - Material escrito en otros formatos (impresión 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 los Servicios para Miembros de Molina. El número de Servicios para Miembros de Molina está en la parte posterior de su tarjeta de Identificación para Miembros. (TTY: 711).

Si cree que Molina no le proporcionó estos servicios o lo trató de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir su queja, nosotros le ayudaremos. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o al TTY: 711.

Envíe su queja a: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

También puede enviar su queja a [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com).

También puede presentar su queja ante Molina Healthcare AlertLine, las veinticuatro horas al día, los siete días de la semana en: <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). Los formularios de quejas 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, disponible 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 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.

Árabe	إذا كانت لديك أنت أو أي شخص آخر تساعده أسئلة حول Molina Marketplace، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون أي تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على
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。
Inglés	If you, or someone you're helping, have 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) 560-2025.
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 રહ્યાં હોવ એવી કોઈ વ્યક્તિને Molina Marketplace વિશે પ્રશ્નો હોય, તો કોઈ ખર્ચ વગર 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 पास Molina Marketplace के बारे में प्रश्न हैं, तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। किसी भी दूरभाषिण 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 ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Molina Marketplace, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ອບຕ້ອງສອບຖາມບໍລິການ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເວົ້າກັບສ່ວນແປພາສາ, ກະລຸນາໂທຫາ 1 (888) 560-2025.
Persa-Farsi	اگر آپ، یا کوئی اور جن کی آپ مدد کر رہے ہیں، ان کے پاس Molina Marketplace کے بارے میں سوالات ہوں، تو آپ کو بغیر کسی قیمت کے اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ کسی ترجمان سے بات کرنے کے لیے، 1 (888) 560-2025 پر کال کریں۔
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.
Tagalo	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, 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 ہوں 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) 560-2025 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, xin gọi 1 (888) 560-2025.