



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 la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite nuestro sitio web en [MolinaMarketplace.com](https://www.molinamarketplace.com) o llame al 1-888-560-2043. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado. Puede ver el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](https://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 <u>deducible</u> general?                                               | \$2,000/Individual o \$4,000/Familiar                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros alcance el <u>deducible</u> general familiar.                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?                    | Sí. La <u>atención preventiva</u> , las visitas al consultorio, <u>la atención urgente</u> , <u>los servicios de rehabilitación</u> , <u>los servicios de recuperación de las habilidades</u> , los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>                                                                                       |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                            | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?          | Para <u>proveedores de la red</u> \$8,700 individuales/\$17,400 familiares; para <u>proveedores fuera de la red</u> no hay cobertura a menos que esté Autorizado Previamente por Molina Healthcare.                                                                                                                          | El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.                                                                                                                                                                                                           | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?                                | Sí. Consulte en <a href="https://www.molinamarketplace.com">MolinaMarketplace.com</a> o llame al 1-888-560-2043 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .                                                                                                                                              | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> del plan. Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>referencia</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?         | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>referencia</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que el **deducible** se aplique.

| Evento médico común                                                                                                                                                                                                                                                     | Los servicios que podría necesitar                                                   | Qué deberá pagar                                     |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                      | Proveedor de la red<br>(usted pagará menos)          | Proveedor fuera de la red<br>(usted pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si visita el consultorio de un <u>proveedor de atención médica</u> o una clínica</b>                                                                                                                                                                                 | Consulta de atención médica básica para tratar una lesión o una enfermedad           | \$30 de <u>copago</u> por consulta                   | No cubierto                                     | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | Consulta con un <u>especialista</u>                                                  | \$60 de <u>copago</u>                                | No cubierto                                     | Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | <u>Atención preventiva/pruebas de detección/inmunización</u>                         | Sin cargo                                            | No cubierto                                     | Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si tiene que hacerse un examen</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)                      | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                     | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | Imágenes (CT/PET, MRI)                                                               | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                     | Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios de Imágenes no están cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Puede encontrar más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> en <a href="https://MolinaMarketplace.com/WIFormulary2023">MolinaMarketplace.com/WIFormulary2023</a> | Medicamentos genéricos-preferidos (Nivel 1)                                          | \$15 de <u>copago</u> por receta                     | No cubierto                                     | Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos. Los <u>medicamentos con receta</u> para pedidos por correo están disponibles en un suministro de 90 días y se ofrecen a un costo de dos veces y media el <u>costo compartido</u> de los medicamentos recetados para minoristas de 30 días. Dependiendo del nivel de Categoría esto será un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> .<br>Para los medicamentos de marca con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de asistencia para los costos compartidos de <u>medicamentos con receta</u> de terceros no se aplicarán a los <u>deducibles</u> ni a los <u>límites anuales de gastos de bolsillo</u> . |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)                                           | \$50 de <u>copago</u> por receta                     | No cubierto                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | Medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 3) | \$60 de <u>copago</u> por receta                     | No cubierto                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Evento médico común                                                                                | Los servicios que podría necesitar                               | Qué deberá pagar                                     |                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                    |                                                                  | Proveedor de la red (usted pagará menos)             | Proveedor fuera de la red (usted pagará más)         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                    | <u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)                     | \$250 de <u>copago</u> por receta                    | No cubierto                                          | Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos. El envío por correo no está disponible.                                                                                                                                                  |
| Si requiere una cirugía ambulatoria                                                                | Tarifa del centro médico (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria) | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                          | Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                    | Tarifa del médico/cirujano                                       | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                          | Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.                                                                                                                                                                           |
| Si requiere atención médica inmediata                                                              | <u>Atención de la sala de emergencias</u>                        | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Los <u>costos compartidos</u> de la <u>atención en la sala de emergencia</u> no se aplican si lo ingresan al hospital.                                                                                                                                                  |
|                                                                                                    | <u>Transporte médico para casos de emergencia</u>                | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                    | <u>Atención médica inmediata</u>                                 | \$45 de <u>copago</u>                                | No cubierto                                          | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si tiene una estadía en un hospital                                                                | Tarifa del centro médico (p. ej. habitación de hospital)         | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                          | Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos.                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                    | Tarifa del médico/cirujano                                       | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                            | \$30 de <u>copago</u> por consulta                   | No cubierto                                          | Se requiere <u>autorización previa</u> para atención de pacientes hospitalizados o los servicios no están cubiertos.                                                                                                                                                    |
|                                                                                                    | Servicios para pacientes hospitalizados                          | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si está embarazada                                                                                 | Visitas al consultorio                                           | Sin cargo                                            | No cubierto                                          | Los <u>costos compartidos</u> no aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido). |
|                                                                                                    | Servicios profesionales de parto/nacimiento                      | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                    | Servicios de parto/nacimiento en el centro médico                | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Evento médico común                                                                   | Los servicios que podría necesitar                  | Qué deberá pagar                                     |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                       |                                                     | Proveedor de la red (usted pagará menos)             | Proveedor fuera de la red (usted pagará más) |                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas</b> | <u>Atención médica domiciliaria</u>                 | Sin cargo                                            | No cubierto                                  | 60 visitas por año calendario. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia de salud a domicilio de la red. Se puede requerir <u>autorización previa</u> , o puede que los servicios no estén cubiertos. |
|                                                                                       | <u>Servicios de rehabilitación</u>                  | \$30 de <u>copago</u> por consulta                   | No cubierto                                  | 20 visitas/año calendario: terapia del habla, física y ocupacional. Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.                                                  |
|                                                                                       | <u>Servicios de recuperación de las habilidades</u> | \$30 de <u>copago</u> por consulta                   | No cubierto                                  | Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.                                                                                                                      |
|                                                                                       | <u>Atención de enfermería especializada</u>         | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                  | 30 días/internación. Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos.                                                                                                                |
|                                                                                       | <u>Equipo médico duradero</u>                       | 25 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | No cubierto                                  | Excluye las modificaciones del vehículo, las modificaciones del hogar, el ejercicio y el equipo del baño. Se puede requerir <u>autorización previa</u> , o puede que los servicios no estén cubiertos.             |
|                                                                                       | <u>Atención médica para pacientes terminales</u>    | Sin cargo                                            | No cubierto                                  | No se requiere <u>autorización previa</u> . Notifique a Molina antes de que se presten los servicios.                                                                                                              |
| <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/año.                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       | Anteojos para niños                                 | Sin cargo                                            | No cubierto                                  | Cobertura limitada a un par de anteojos (lentes y montaduras) o lentes de contacto por año. No se cubre la cirugía correctiva con láser.                                                                           |
|                                                                                       | Chequeo dental para niños                           | No cubierto                                          | No cubierto                                  | Ninguna.                                                                                                                                                                                                           |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |                             |                                                               |                                  |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| • Cirugía bariátrica        | • Atención dental (niños)                                     | • Visión de Rutina para adultos  |
| • Cirugía cosmética         | • Tratamiento de infertilidad                                 | • Servicio de enfermería privado |
| • Atención dental (adultos) | • Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos | • Cuidado de rutina de los pies  |
| • Acupuntura                | • Atención médica a largo plazo                               | • Programas de pérdida de peso   |

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

- |          |                          |             |
|----------|--------------------------|-------------|
| • Aborto | • Atención quiropráctica | • Audífonos |
|----------|--------------------------|-------------|

**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 al 1-888-560-2043 o a la Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin al 1-800-236-8517. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Marketplace de Seguros Médicos. 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 formal o una apelación:** Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, los documentos de su plan proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o queja formal a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Molina Healthcare of Wisconsin al 1-888-560-2043.

## ¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes y seguro de salud 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 crédito fiscal anticipado 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 crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Marketplace.

*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 de su 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 en la red y parto en un hospital)

|                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u>     | \$2,000 |
| ■ <u>Copago para el especialista</u>    | \$60    |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 25 %    |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 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 médico  
Prueba de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

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

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

| <i>Costos compartidos</i>             |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                     | \$2,000        |
| <u>Copagos</u>                        | \$70           |
| <u>Coseguro</u>                       | \$2,600        |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> |                |
| Límites o exclusiones                 | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Peg es</b> | <b>\$4,700</b> |

### Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

|                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u>     | \$2,000 |
| ■ <u>Copago para el especialista</u>    | \$60    |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 25 %    |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 25 %    |

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

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

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

| <i>Costos compartidos</i>             |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                     | \$900          |
| <u>Copagos</u>                        | \$900          |
| <u>Coseguro</u>                       | \$0            |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> |                |
| Límites o exclusiones                 | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Joe es</b> | <b>\$1,800</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u>     | \$2,000 |
| ■ <u>Copago para el especialista</u>    | \$60    |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 25 %    |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 25 %    |

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Prueba de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

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

| <i>Costos compartidos</i>             |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                     | \$1,700        |
| <u>Copagos</u>                        | \$300          |
| <u>Coseguro</u>                       | \$0            |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> |                |
| Límites o exclusiones                 | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Mia es</b> | <b>\$2,000</b> |

El plan será responsable del resto de los costos de estos servicios cubiertos que figuran como EJEMPLOS.

Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en MolinaMarketplace.com



**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.

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. (Inglés)

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. (Español)

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。(Chino)

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. (Vietnamita)

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. (Tagalo)

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

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. (Árabe)

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. (Criollo francés)

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. (Ruso)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Չանգահարել՝ Հանախորդների սպասարկման բաժին: Հեռախոսի համարը նշված է ձեր Անդամակցության նույնականացման քարտի ետևի մասում: (Armenio)

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。  
(Japonés)

توجه! اگر بہ زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی رایگان در اختیار شما است. با خدمات اعضاء تماس بگیرید. شماره تلفن مربوطه در پشت کارت عضویت شما درج شده است. (Farsi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਜ਼ (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. (Alemán)

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. (Francés)

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)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗគ្នាដូចជាអូឌីយ៉ូ ប៊ែលឬរូបភាពអក្សរធំដោយសារតែគម្រូវការពិសេសឬភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតថ្លៃបន្ថែម។ (Jemer)