

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

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$3,800/Individual or \$7,600/Family Deductible applies to outpatient facilities and inpatient settings.	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care , Family Planning, Pediatric Vision, Hospice, Home Healthcare services and Formulary Preventive Prescription Drugs are covered before you meet your deductible .	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	For network providers \$7,350 individual / \$14,700 family; for out-of-network providers there is no coverage unless Prior Authorized by Molina Healthcare.	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billing charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See MolinaMarketplace.com or call 1-888-858-3492 for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	No.	You can see the specialist you choose without a referral .

6631498WAMP0917

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

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$10 copay /office visit	Not covered	None
	Specialist visit	\$35 copay /visit	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.
	Preventive care/screening /immunization	No charge	Not Covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services you need are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	\$15 copay /test for blood work \$35 copay /test for x-rays	Not Covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% coinsurance after deductible	Not Covered	Preauthorization is required or Imaging services are not covered
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at http://MolinaMarketplace.com/WAFormulary2018.com	Generic drugs (Tier 1)	\$10 copay /prescription	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered. Mail-order Prescription Drugs are available at a 90-day supply and is offered at two times the 30-day retail prescription Cost Sharing . Depending on Tier level this will be either a Copayment or a Coinsurance .
	Preferred brand drugs (Tier 2)	\$50 copay /prescription	Not Covered	
	Non-preferred brand drugs (Tier 3)	30% coinsurance	Not Covered	
	Specialty drugs (Tier 4)	30% coinsurance	Not Covered	Preauthorization is required, or services not covered. Mail order not available.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% coinsurance after deductible	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance after deductible	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$300 copay /visit	\$300 copay /visit	Emergency room care copay does not apply, if admitted to the hospital.
	Emergency medical transportation	20% coinsurance	20% coinsurance	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
	Urgent care	\$60 copay /visit	Not Covered	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance after deductible	Not Covered	Preauthorization is required or services not covered.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance after deductible	Not Covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$10 copay /office visit	Not Covered	Preauthorization is required for inpatient care or services not covered.
	Inpatient services	20% coinsurance after deductible	Not Covered	
If you are pregnant	Office visits	No Charge	Not Covered	Cost sharing does not apply to routine prenatal care and first post-natal visit and certain preventive services . Depending on the type of services, coinsurance may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	20% coinsurance after deductible	Not Covered	
	Childbirth/delivery facility services	20% coinsurance after deductible	Not Covered	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge	Not Covered	130 visits/year. Services must be provided by an in network Home health agency.
	Rehabilitation services	\$35 copay /visit	Not Covered	25 visits/year - Speech, Physical, Occupational Therapy combined 10 visits/year - Spinal Manipulations 12 visit/year - Acupuncture services Copay amount reflects outpatient services only
	Habilitation services	\$35 copay /visit	Not Covered	25 visits/year - Speech, Physical, Occupational Therapy combined 10 visits/year - Spinal Manipulations 12 visit/year - Acupuncture services
	Skilled nursing care	20% coinsurance after deductible	Not Covered	Copay amount reflects outpatient services only 60 visits/calendar year. Preauthorization is required or services not covered.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not Covered	Excludes vehicle modifications, home modifications, exercise, and bathroom equipment.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
	Hospice services	No Charge	Not Covered	Preauthorization is not required. Please notify Molina before services are rendered.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No Charge	Not covered	Coverage limited to one exam/year.
	Children's glasses	No Charge	Not covered	Coverage limited to one pair of glasses/year.
	Children's dental check-up	Not Covered	Not covered	Not Applicable. Coverage can be purchased as a standalone product; it is not covered by this policy.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
- Bariatric Surgery - Cosmetic Surgery - Dental Care (Adult)	- Dental Care (Child) - Infertility treatment - Non-emergency care when traveling outside the U.S	- Private Duty Nursing - Routine eye care (Adult) - Routine Foot Care
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
- Pregnancy termination - Long-term care	Acupuncture	Weight Loss Programs

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

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

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

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

Does this plan meet Minimum Value Standards? Yes.

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

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

About these Coverage Examples:



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

Peg is Having a Baby

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

■ The plan's overall deductible	\$3800
■ Specialist copayment	\$35
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other coinsurance	20%

This EXAMPLE event includes services like:

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

Total Example Cost	\$12,800
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$3,800
Copayments	\$300
Coinsurance	\$2,300
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$6,460

Managing Joe's type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$3800
■ Specialist copayment	\$35
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other coinsurance	20%

This EXAMPLE event includes services like:

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

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

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles*	\$1,400
Copayments	\$1,200
Coinsurance	\$300
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Joe would pay is	\$2,960

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$3800
■ Specialist copayment	\$35
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other coinsurance	20%

This EXAMPLE event includes services like:

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

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

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles*	\$60
Copayments	\$400
Coinsurance	\$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$660

If you participate in the [plan's](#) wellness program, you may be able to reduce your costs. For more information about the wellness program, please contact: 1-888-858-3492.

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan de salud](#). El documento SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: se proporcionará información por separado sobre el costo (denominado [prima](#)) de este [plan](#).

Esto solo es un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de todos los términos de la cobertura, visite nuestro sitio web MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492. Para obtener definiciones generales de los términos frecuentes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-318-2596 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué esto es importante?
¿Cuál es el deducible general ?	Se aplica un deducible de \$3,800 por persona o \$7,600 por familia en centros ambulatorios y centros para pacientes internados.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible y allí antes de que el plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducibles que hayan pagado todos los familiares alcance el deducible familiar general .
¿Hay cobertura de servicios antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Antes de alcanzar su deducible, tiene cobertura de atención médica preventiva , planificación familiar, visión pediátrica, centros de cuidados paliativos, servicios de atención médica domiciliaria y medicamentos recetados de prevención del formulario.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque aún no haya alcanzado el monto del deducible . Pero es posible que se aplique un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios médicos preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de servicios médicos preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red , \$7,350 por persona y \$14,700 por familia; para proveedores fuera de la red no hay cobertura a menos que haya una autorización previa de Molina Healthcare.	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta cumplir con el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Cuáles son los costos no incluidos en el límite de gastos de bolsillo ?	Las , primas , los cargos de facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, estos no cuentan para alcanzar su límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa	Sí. Visite MolinaMarketplace.com o llame	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red

6631500WAMP0917

un proveedor de la red ?	al 1-888-858-3492 para obtener una lista de proveedores de la red .	del plan . Usted pagará el máximo importe si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga presente que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una remisión para consultar a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una derivación .



Todos los costos de [copagos](#) y de [coseguros](#) que se muestran en esta tabla aplican una vez que alcanza su [deducible](#), en caso de que haya un [deducible](#).

Eventos Médicos frecuentes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagará el monto mínimo)	Proveedor no participante (Pagará el monto máximo)	
Si acude a una clínica o a un consultorio de un proveedor de atención médica	Consulta con su médico principal para tratar una lesión o enfermedad	\$10 de copago por consulta en consultorio	Sin cobertura	Ninguno
	Consulta con un especialista	\$35 de copago por consulta	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
	Servicios preventivos / /evaluaciones / vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué pagará su plan .
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$15 de copago por análisis de sangre \$35 de copago por radiografía	Sin cobertura	Ninguno
	Imagenología (TC / tomografía PET, IRM)	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para que los servicios de imagenología tengan cobertura.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o padecimiento Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en http://MolinaMarketplace.com/WAFormulary2018.com .	Medicamentos genéricos (Categoría 1)	\$10 de copago por receta	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para que los servicios tengan cobertura. Hay disponible un suministro de 90 días en envíos por correo y se ofrecen a dos veces el costo compartido que paga por un suministro de 30 días de medicamentos recetados en una farmacia minorista . Dependiendo del nivel de categoría, este será un copago o un coseguro .
	Medicamentos de marca preferidos (Categoría 2)	\$50 de copago por receta	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Categoría 3)	30% de coseguro -	Sin cobertura	
	Medicamentos especiales (Categoría 4)	30% de coseguro -	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para que los servicios tengan cobertura. El pedido por correo no está disponible.

Eventos Médicos frecuentes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagará el monto mínimo)	Proveedor no participante (Pagará el monto máximo)	
Si recibe una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. centro quirúrgico ambulatorio)	20% de coseguro <u>una vez alcanzado el</u> deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
	Tarifa del médico / cirujano	20% de coseguro <u>una vez alcanzado el</u> deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	\$300 de copago por consulta	\$300 de copago por consulta	El copago por atención en sala de emergencias no se aplica si es internado en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	
	Cuidado urgente	\$60 de copago por consulta	Sin cobertura	
Si es internado en el hospital	Arancel del hospital (p. ej., habitación)	20% de coseguro <u>una vez alcanzado el</u> deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
	Tarifa del médico / cirujano	20% de coseguro <u>una vez alcanzado el</u> deducible	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita servicios de tratamiento por consumo de sustancias, de salud conductual o de salud mental	Servicios ambulatorios	\$10 de copago por consulta en consultorio	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para la atención de pacientes internados para que los servicios tengan cobertura.
	Servicios de internación	20% de coseguro <u>una vez alcanzado el</u> deducible	Sin cobertura	
Si está embarazada	Consultas en consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos a la atención prenatal de rutina y a la primera consulta posnatal, ni a determinados servicios médicos preventivos . Según el tipo de servicios, se puede aplicar un coseguro . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (como ultrasonido).
	Servicios profesionales de natalidad/parto	20% de coseguro <u>una vez alcanzado el</u> deducible	Sin cobertura	
	Servicios en centros de natalidad/parto	20% de coseguro <u>una vez alcanzado el</u> deducible	Sin cobertura	
Si necesita servicios	Cuidado de la salud en el	Sin cargo	Sin cobertura	130 consultas por año Los servicios deben ser

Eventos Médicos frecuentes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagará el monto mínimo)	Proveedor no participante (Pagará el monto máximo)	
de recuperación u otras necesidades especiales	hogar			prestados por una agencia de atención médica domiciliaria de la red.
	Servicios de rehabilitación	\$35 de copago por consulta	Sin cobertura	25 consultas combinadas por año - Terapia física, ocupacional y del habla 10 consultas por año - Manipulación de la espina dorsal 12 consultas por año - Servicios de acupuntura El monto del copago refleja solo los servicios ambulatorios.
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$35 de copago por consulta	Sin cobertura	25 consultas combinadas por año - Terapia física, ocupacional y del habla 10 visitas cada año - Manipulación de la espina dorsal 12 visitas al año - Servicios de acupuntura El monto del copago refleja solo los servicios ambulatorios.
	Cuidado de enfermería especializado	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible	Sin cobertura	60 consultas por año calendario. Se requiere autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	Sin cobertura	No incluye modificaciones de vehículos, modificaciones en el hogar, ejercicios ni equipamiento de baño.
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Sin cobertura	No se requiere autorización previa. Notifique a Molina antes de la prestación de servicios.
Si su hijo necesita servicios dentales o para la vista	Examen de la vista de sus hijos	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un examen por año
	Anteojos para sus hijos	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un par de anteojos por año
	Chequeo dental de sus hijos	Sin cobertura	Sin cobertura	No aplicable La cobertura se puede comprar como un producto independiente. No está cubierto por esta póliza.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que por lo general su [plan](#) NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para obtener más información y una lista de los demás [servicios excluidos](#)).

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

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|---------------------------------|--------------|------------------------------|
| • Interrupción del embarazo | • Acupuntura | • Programas para perder peso |
| • Atención médica a largo plazo | | |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez que termina. La información de contacto de esas agencias es la siguiente: Secretaría Estatal del Comisionado de Seguros de Washington 1-800-562-6900 o <http://www.nmhicap.org>. Puede tener disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.wahealthplanfinder.org o llame al 1-855-923-4633.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene alguna queja respecto de su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [reclamo formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la Explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo [médico](#). Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar una [apelación](#), o un [reclamo formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para obtener asistencia, contáctese con: Molina Healthcare of Washington al 1-888-858-3492.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) por un mes, deberá tener que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud por ese mes.

¿Este plan satisface los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no satisface los [estándares de valor mínimo](#), puede ser elegible para recibir un [crédito fiscal por primas](#) que lo ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

—————Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.—————

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo el [plan](#) cubriría la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención real que reciba, de los precios que cobren sus [proveedores](#) y de muchos otros factores. Céntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en [los servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que pagaría según los distintos [planes](#) de salud. Tenga presente que estos ejemplos de coberturas se basan en coberturas individuales.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un servicio de parto en el hospital).

■ Deducible general del plan	\$3800
■ Copago de especialista	\$35
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Consultas con un especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales de natalidad/parto
Servicios en centros de natalidad/parto
Exámenes diagnósticos (*ultrasonido y análisis de sangre*)
Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$3,800
Copagos	\$300
Coseguro	\$2,300
<i>Servicios sin cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
Peg pagaría en total	\$6,460

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red por una afección bien controlada)

■ Deducible general del plan	\$3800
■ Copago de especialista	\$35
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Consulta en el consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre el cuidado de la enfermedad*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles*	\$1,400
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$300
<i>Servicios sin cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
Joe pagaría en total	\$2,960

Fractura simple de Mia
(consulta en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ Deducible general del plan	\$3800
■ Copago de especialista	\$35
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Examen de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles*	\$60
Copagos	\$400
Coseguro	\$200
<i>Servicios sin cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
Mia pagaría en total	\$660

Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), puede reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al: 1-888-858-3492.



Your Extended Family:

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

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

To help you talk with us, Molina provides services free of charge:

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

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

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

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

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

FAX Numbers for Molina Civil Rights Coordinator									
CA	(844) 479-5337	MI	(248) 925-1799	OH	(866) 713-1891	UT	(866) 472-0589	WI	(888) 560-2043
FL	(877) 508-5748	NM	(505) 342-0583	TX	(877) 816-6416	WA	(800) 816-3778		

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

You can also send it to a website through the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

If you need help, call (800) 368-1019; TTY (800) 537-7697.

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

Usted tiene derecho a recibir esta información en un formato distinto, como audio, braille, o letra grande, debido a necesidades especiales; o en su idioma sin costo adicional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

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

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

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

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

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

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

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