

 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 www.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 ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes	This plan covers items and services even if you haven't yet met the deductible amount.
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 ?	Not Applicable	This plan does not have an out-of-pocket limit on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Not Applicable	This plan does not have an out-of-pocket limit on your expenses..
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.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 .

6631482WAMP0917

OMB Control Numbers 1545-2229, 1210-0147, and 0938-1146
Released on April 6, 2016

 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	No Charge	Not Covered	Includes non-preventive OB/GYN and pediatrician visits.
	Specialist visit	No Charge	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)	No Charge	Not Covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No Charge	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)	No Charge	Not Covered	Covers up to a 30-day supply (retail prescription); 31-90 day supply (mail order prescription). Preauthorization may be required, or services not covered.
	Preferred brand drugs (Tier 2)	No Charge	Not Covered	
	Non-preferred brand drugs (Tier 3)	No Charge	Not Covered	
	Specialty drugs (Tier 4)	No Charge	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)	No Charge	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	No Charge	No Charge	Emergency room care copay does not apply, if admitted to the hospital. Non-Participating Provider is covered only until stabilization and arrangement of transfer to a Participating Provider.

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)	
	Emergency medical transportation	No Charge	No Charge	None
	Urgent care	No Charge	Not Covered	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	No Charge	Not Covered	Preauthorization is required or services not covered.
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	No Charge	Not Covered	Preauthorization is required for inpatient care or services not covered.
	Inpatient services	No Charge	Not Covered	
If you are pregnant	Office visits	No Charge	Not Covered	Cost sharing does not apply to routine prenatal and post-natal care 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). Prior notification is required or services not covered.
	Childbirth/delivery professional services	No Charge	Not Covered	
	Childbirth/delivery facility services	No Charge	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	No Charge	Not Covered	Preauthorization is required for inpatient care or services not covered.
	Habilitation services	No Charge	Not Covered	Preauthorization is required for inpatient care or services not covered.
	Skilled nursing care	No Charge	Not Covered	60 visits/calendar year. Preauthorization is required or services not covered.
	Durable medical equipment	No Charge	Not Covered	Excludes vehicle modifications, home modifications, exercise, and bathroom equipment. Preauthorization may be required or services not covered.
	Hospice services	No Charge	Not Covered	Preauthorization is not required. Please notify Molina before services are rendered.
If your child needs	Children's eye exam	No Charge	Not Covered	Coverage limited to one exam/year.

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)	
dental or eye care	Children's glasses	No Charge	Not Covered	Coverage limited to one pair of glasses (lenses and frames) or contact lenses in lieu of prescription glasses/year. Laser corrective surgery not covered.
	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	None

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 | • Dental Care (Child) | • Private Duty Nursing |
| • Cosmetic Surgery | • Infertility treatment | • Routine eye care (Adult) |
| • Dental Care (Adult) | • Non-emergency care when traveling outside the U.S | • 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 | • Acupuncture | • Weight Loss Programs |
| • Long-term care | | |

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. 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 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	\$0
■ Specialist copayment	\$0
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

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	\$0
---------------------------	------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$60

Managing Joe's type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$0
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

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	\$0
---------------------------	------------

In this example, Joe would pay:

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

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$0
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

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	\$0
---------------------------	------------

In this example, Mia would pay:

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

Note: These numbers assume the patient does not participate in the [plan's](#) wellness program. 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 www.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 ?	\$0	Consulte el gráfico Eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay cobertura de servicios antes de alcanzar su deducible ?	Sí.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque aún no haya alcanzado el monto del deducible .
¿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 ?	No aplicable	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo .
¿Cuáles son los costos no incluidos en el límite de gastos de bolsillo ?	No aplicable	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo .
¿Usted pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor 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 derivación para consultar a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una derivación .

6631489WAMP0917



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 comunes	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	Sin cargo	Sin cobertura	Incluye consultas no preventivas a pediatras y a obstetras/ginecólogos.
	Consulta con un especialista	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
	Cuidados preventivos/ Evaluaciones/ vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar servicios que no sean preventivos . Consulte con 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)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
	Imagenología (TC / tomografía PET, IRM)	Sin cargo	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)	Sin cargo	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (farmacia minorista); suministro de 31 a 90 días (receta de envío por correo). Es posible que se requiera autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
	Medicamentos de marca preferidos (Categoría 2)	Sin cargo	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Categoría 3)	Sin cargo	Sin cobertura	
	Medicamentos especiales (Categoría 4)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para que los servicios tengan cobertura. El pedido por correo no está disponible.
Si recibe una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para que los servicios tengan cobertura.

Eventos médicos comunes	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)	
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	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	Sin cargo	Sin cargo	El copago por atención en sala de emergencias no se aplica si es internado en el hospital. La atención en el centro de un proveedor no participante tiene cobertura solo hasta que se estabiliza al paciente y se organiza su traslado al centro de un proveedor participante.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Cuidado urgente	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si es internado en el hospital	Arancel del hospital (p. ej., habitación)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita servicios de tratamiento por consumo de sustancias, de salud conductual o de salud mental	Servicios ambulatorios	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para la atención de pacientes internados para que los servicios tengan cobertura.
	Servicios de internación	Sin cargo	Sin cobertura	
Si está embarazada	Consultas en consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos a la atención prenatal y posnatal de rutina, 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). Se requiere notificación previa para que los servicios tengan cobertura.
	Servicios profesionales de natalidad/parto	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios en centros de natalidad/parto	Sin cargo	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	130 consultas por año Los servicios deben ser prestados por una agencia de atención médica domiciliar de la red.

Eventos médicos comunes	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)	
especiales	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para la atención de pacientes internados para que los servicios tengan cobertura.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para la atención de pacientes internados para que los servicios tengan cobertura.
	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargo	Sin cobertura	60 consultas por año calendario Se requiere autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	No incluye modificaciones de vehículos, modificaciones en el hogar, ejercicios ni equipamiento de baño. Es posible que se requiera autorización previa para que los servicios tengan cobertura.
	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 (lentes o marcos) o lentes de contacto en lugar de anteojos recetados por año La cirugía correctiva de láser no está cubierta.
	Chequeo dental de sus hijos	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno

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 rutina de la vista (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 al 1-800-562-6900. 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 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	\$0
■ Copago de especialista	\$0
■ Hospital (centro) coseguro de	0%
■ Otro coseguro	0%

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	\$0
-------------------------	-----

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Servicios sin cobertura	
Límites o exclusiones	\$60
Peg pagaría en total	\$60

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$0
■ Hospital (centro) coseguro de	0%
■ Otro coseguro	0%

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	\$0
-------------------------	-----

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Servicios sin cobertura	
Límites o exclusiones	\$60
Joe pagaría en total	\$60

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$0
■ Hospital (centro) coseguro de	0%
■ Otro coseguro	0%

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	\$0
-------------------------	-----

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Servicios sin cobertura	
Límites o exclusiones	\$0
Mia pagaría en total	\$0

Nota: estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). 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)