




El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el [plan](#) los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información acerca del costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) o llame al 1-888-858-3492. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes como [cantidad aprobada](#), [factura con saldo adicional](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#). Puede ver el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llame al 1-800-318-2596 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0 con un Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) \$8,000/Individual o \$16,000/Familiar El <a href="#">deducible</a> se aplica a la <a href="#">Atención de la sala de emergencias</a> , <a href="#">medicamentos recetados</a> , centros para pacientes ambulatorios e instalaciones para pacientes hospitalizados.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro debe cumplir con el <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos del <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros alcance el deducible general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">Atención preventiva</a> , Planificación familiar, Visión pediátrica, Hospicio, Atención médica a domicilio y los Medicamentos recetados preventivos del formulario están cubiertos antes de cumplir con su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero puede aplicarse un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">gastos compartidos</a> y antes de cumplir con su <a href="#">deducible</a> . Consulte la lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No necesita cumplir con los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$0 con un IHCP Para <a href="#">proveedores de la red</a> \$8,150 individual/\$16,300 familiar; para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> no hay cobertura a menos que Molina Healthcare lo haya autorizado previamente.	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no se los contabiliza para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Consulte en <a href="http://MolinaMarketplace.com">MolinaMarketplace.com</a> o llame al 1-888-858-3492 para obtener un listado de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> que forma parte de la <a href="#">red</a> del plan. Pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <a href="#">plan</a> (factura con <a href="#">saldo adicional</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">remisión</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">remisión</a> .

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Su costo si utiliza un Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) participante	Su costo si utiliza un Proveedor participante de Molina HMO	Su costo si utiliza un Proveedor no participante	
Si visita el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica o una clínica	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> después <a href="#">del deducible</a> / visita al consultorio	No cubierto	No se aplica el <a href="#">deducible</a> para la 1ra visita al PCP, a otro médico o proveedor de salud conductual.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> después <a href="#">del deducible</a> / visita al consultorio	No cubierto	Es posible que se requiera una <a href="#">autorización previa</a> o que los servicios no estén cubiertos.
	<a href="#">Atención preventiva/evaluaciones</a> / inmunización	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <a href="#">plan</a> .
Si tiene que hacerse un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a> /examen de sangre 40% del <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a> /prueba de radiografía	No cubierto	Ninguno
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> o los servicios de Imágenes no están cubiertos
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> está disponible en <a href="http://MolinaMarketplac">http://MolinaMarketplac</a>	Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> después <a href="#">del deducible</a> / receta	No cubierto	Es posible que se requiera una <a href="#">autorización previa</a> o que los servicios no estén cubiertos. Los <a href="#">medicamentos recetados</a> para pedidos por correo están disponibles en un suministro de 90 días y se ofrecen al doble del <a href="#">gasto compartido</a> de las recetas al por menor para 30 días. Dependiendo de la categoría
	Categoría 2 – Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> después <a href="#">del deducible</a> / receta	No cubierto	
	Categoría 3: Medicamentos genéricos y de marca no preferidos	Sin cargo	50% del <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Su costo si utiliza un Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) participante	Su costo si utiliza un Proveedor participante de Molina HMO	Su costo si utiliza un Proveedor no participante	
<a href="http://e.com/WIFormulary2020.com">e.com/WIFormulary2020.com</a>					nivel esto será un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Para medicamentos de marca con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de asistencia con los gastos compartidos de <a href="#">medicamentos recetados</a> de terceros no se aplicarán a ningún <a href="#">deducible</a> ni a los <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> anuales.
	Categoría 4: Medicamentos especializados genéricos y de marca	Sin cargo	50% del <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> o los servicios no están cubiertos. El pedido por correo no está disponible.
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	Es posible que se requiera una <a href="#">autorización previa</a> o que los servicios no estén cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	40% del <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	Es posible que se requiera una <a href="#">autorización previa</a> o que los servicios no estén cubiertos.
Si requiere atención médica inmediata	<a href="#">Atención de la sala de emergencias</a>	Sin cargo	50% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	50% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	Si es admitido en el hospital, el <a href="#">coseguro</a> de <a href="#">Atención de la sala de emergencias</a> no aplica.
	<a href="#">Traslado médico de emergencia</a>	Sin cargo	40% del <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	40% del <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	
	<a href="#">Atención médica urgente</a>	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a> /visita	No cubierto	-
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del hospital (p. ej. habitación)	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	40% del <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	Ninguno

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Su costo si utiliza un Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) participante	Su costo si utiliza un Proveedor participante de Molina HMO	Su costo si utiliza un Proveedor no participante	
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a> /visita al consultorio	No cubierto	No se aplica el <a href="#">deducible</a> para la 1ra visita al PCP, a otro médico o proveedor de salud conductual. Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> para la atención de pacientes hospitalizados o los servicios no están cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Los <a href="#">gastos compartidos</a> no se aplican a la atención prenatal de rutina ni a la primera consulta postnatal, ni a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse <a href="#">coseguro</a> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	60 consultas/año. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia de salud a domicilio de la red.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a> /visita	No cubierto	20 consultas/año combinadas: terapia del habla, física y ocupacional 20 consultas/año: Terapia del habla El monto del <a href="#">coseguro</a> refleja únicamente los servicios para pacientes ambulatorios
	<a href="#">Servicios de recuperación de las habilidades</a>	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a> /visita	No cubierto	El monto del <a href="#">coseguro</a> refleja únicamente los servicios para pacientes ambulatorios
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	30 días/año calendario. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> o los servicios no están cubiertos.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> luego del <a href="#">deducible</a>	No cubierto	1 compra por tipo de dispositivo cada tres años.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Su costo si utiliza un Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) participante	Su costo si utiliza un Proveedor participante de Molina HMO	Su costo si utiliza un Proveedor no participante	
	<a href="#">Atención médica para pacientes terminales</a>	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	<u>No se requiere autorización previa. Notifique a Molina antes de que se presten los servicios.</u>
Si su hijo necesita prestaciones dentales u oculares	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un examen/año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un par de anteojos/año.
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No aplica. La cobertura se puede comprar como un producto independiente; no está cubierta por esta póliza.

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <a href="#">Plan</a> generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (niños)</li> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Atención médica a largo plazo</li> <li>• Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de enfermería privado</li> <li>• Cuidado de rutina de los ojos (adultos)</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su <a href="#">plan</a> ).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> </ul>

**Su derecho para 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 la Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin al 1-800-236-8517. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del [Marketplace de Seguros de Salud](#). Para obtener más información acerca del [Marketplace](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a presentar una queja o una apelación:** Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene algún reclamo contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Además, los documentos de su [plan](#) proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información acerca de sus derechos, esté aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Molina Healthcare of Wisconsin al 1-888-560-2043.

**¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí.**

Si usted no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, deberá realizar un pago al momento de presentar su declaración anual de ingresos a menos que califique para una exención del requisito de que usted cuenta con cobertura médica durante ese mes.

**¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con el [estándar de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para obtener un [crédito fiscal para las primas](#) que lo ayudará a pagar por un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

**Servicios de asistencia en otros idiomas:**

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-560-2043

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-560-2043

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-560-2043

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-560-2043

—————*Para ver ejemplos sobre cómo este plan puede cubrir los costos en una situación médica específica consulte la siguiente sección.*—————

## Sobre estos ejemplos de cobertura:



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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago de especialistas</a>	\$0
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

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

En este ejemplo, Peg debe pagar:

Gastos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$60</b>

### Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago de especialistas</a>	\$0
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de cabecera (*incluye información sobre la enfermedad*)  
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$7,400</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

Gastos compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$60</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago de especialistas</a>	\$0
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
 Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$1,900</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

Gastos compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Mia es</b>	<b>\$0</b>

Nota: Estos números asumen que el paciente recibió atención médica de un proveedor IHCP o con una remisión de un IHCP a un centro que no es IHCP. Si recibe atención médica de un proveedor que no es IHCP sin una remisión de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.



Your Extended Family.

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles que se relacionan con los servicios de salud. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, ascendencia, 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, veterano licenciado honorablemente o estado militar, o el uso de una guía de perros o animal de servicio entrenado por una persona con una discapacidad.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina ofrece servicios gratuitos, de manera oportuna:

- Ayudas y servicios para personas con discapacidad
  - Intérpretes especializados en lenguaje de señas
  - Material escrito en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille)
- Servicio de lenguaje a personas que hablan otro idioma o tienen habilidades de inglés limitadas
  - 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 piensa que Molina no le proporcionó estos servicios o que fue discriminado por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede hacerlo en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir su queja, 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 por correo electrónico a [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com).

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

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. 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 enviarlo a un sitio web a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles 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. (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)

فألدوجوم اذهفتاهلا مقرور. ءاضعلاأ تامدخ مسقبل صئا إكل، ءماجاد، المساعدة اللغوية تامدخ حاتق، ءمببرعلا ءمظلاا مدختسذتاك اذإ: بمببنتا  
(Arabic) إكب ءمصاخلا وضعلا فببرعتا ءمقاطب

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)

ՈՒՇՈՒԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. 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)

هرامش دبريگي سامت اضعا تامدخ اب دنتسه امش سر تسد رد انيزه نودب، ي نابز كسك تامدخ، دينكي م تبصدي سراف ن ابز مبرگا؛ هجوت  
(Farsi) ت سا هشد جرد امش ت يوضعي ياسانش تراك تشب يور نفلت

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)

**អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់ផ្សេង ដូចជា ទម្រង់ជាសម្តែង អក្សរស្នាប ទំហំអក្សរធំដោយសារតែតម្រូវការជាពិសេសរបស់អ្នក ឬជាភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតតម្លៃបន្ថែមឡើយ។ (Cambodian)**