



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 www.MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos 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 o llame al 1-800-318 2596 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte el cuadro de eventos médicos comunes a continuación para conocer sus costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el deducible ?	Sí	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No necesita cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de gastos de su bolsillo.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de gastos de su bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte en www.MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492 para obtener un listado de los proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor que forma parte de la red del plan. Pagará más si usa un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (factura con saldo adicional). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión .

ZVA675WIMPSBCSP

Números de control OMB 1545-2229, 1210-0147 y 0938-1146
 Publicado el 6 de abril de 2016



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
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	Sin cargo	No cubierto	Incluye consultas no preventivas de obstetricia/ginecología (OB/GYN, en inglés) y pediatra.
	Consulta con un especialista	Sin cargo	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Atención preventiva/evaluaciones/ inmunización	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan .
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin cargo	No cubierto	Se requiere autorización previa o los servicios de imágenes no están cubiertos.
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en http://MolinaMarketplace.com/WIFormulary2020.com	Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargo	No cubierto	Cubre hasta un suministro para 30 días (receta de venta al por menor); suministro para 31-90 días (receta de pedido por correo).
	Categoría 2: Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos. Para medicamentos de marca con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de
	Categoría 3: Medicamentos genéricos y de marca no preferidos	Sin cargo	No cubierto	
	Categoría 4: Medicamentos especializados genéricos y de marca	Sin cargo	No cubierto	Asistencia con los gastos compartidos de medicamentos recetados de terceros no se aplicarán a ningún deducible ni a los límites de gastos de bolsillo anuales. Se requiere una autorización previa 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	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
Si requiere atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Si es admitido en el hospital, el copago de atención de la sala de emergencias no aplica. El Proveedor no participante solo está cubierto hasta que se establezca y se acuerde la transferencia a un Proveedor participante.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Atención médica urgente	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del hospital (p. ej. habitación)	Sin cargo	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	Sin cargo	No cubierto	Se requiere una autorización previa para la atención de pacientes hospitalizados o los servicios no están cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	Los gastos compartidos no se aplican a la atención prenatal y postnatal de rutina y a ciertos servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse coseguro . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Se requiere el Aviso previo o los servicios no cubiertos.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Sin cargo	No cubierto	
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	Atención médica en el hogar	Sin cargo	No cubierto	60 consultas/año. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia de salud a domicilio de la red.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	No cubierto	Se requiere una autorización previa para la atención de pacientes hospitalizados o los servicios no están cubiertos.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Sin cargo	No cubierto	Se requiere una autorización previa para la atención de pacientes hospitalizados o los servicios no están cubiertos.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	No cubierto	30 días/año calendario. Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No cubierto	1 compra por tipo de dispositivo cada tres años. Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Atención médica para pacientes terminales	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	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un examen/año.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará menos)	Proveedor no participante (Usted pagará más)	
atención dental o de los ojos	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto en lugar de anteojos recetados/año. No se cubre la cirugía correctiva con láser.
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética • Atención dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (niños) • Tratamiento de infertilidad • Atención médica a largo plazo • Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería privado • Cuidado de rutina de los ojos (adultos) • Cuidado de rutina de los pies • Programas de pérdida de peso |
|--|--|--|

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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos |
|--|---|

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 estos organismos es la siguiente: Molina Healthcare al 1-888-560-2043 o a la Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin al 1-800-236-8517. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Marketplace de Seguros de Salud](#). Para obtener más información acerca del [Marketplace](#) visite 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 una queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Esta queja 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. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Molina Healthcare of Wisconsin 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 deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialistas	\$0
■ Coseguro del hospital (centro)	0 %
■ Otro coseguro	0 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

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

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialistas	\$0
■ Coseguro del hospital (centro)	0 %
■ Otro coseguro	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*)

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

En este ejemplo, Joe debe pagar:

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

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialistas	\$0
■ Coseguro del hospital (centro)	0 %
■ Otro coseguro	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*)

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

En este ejemplo, Mia debe pagar:

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



Your Extended Family.

**Aviso de No Discriminación
Molina Healthcare**

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.

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.

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 ទម្រង់ជាសម្លេង អក្សរស្នាប ទំហំអក្សរធំដោយសារតែតម្រូវការជាពិសេសរបស់អ្នក ឬជាភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតតម្លៃបន្ថែមឡើយ។ (Cambodian)