



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de la cobertura, o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite nuestro sitio web en [MolinaMarketplace.com](https://www.molina.com) o llame al 1-888-560-5716. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en [healthcare.gov/sbc-glossary/](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0 en un proveedor de atención médica indígena (IHCP) o con una derivación de un IHCP a un proveedor que no sea IHCP, o \$5,000 individual / \$10,000 familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención médica preventiva</u> y los servicios indicados en el cuadro comienzan en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores de la red</u> \$7,800 individual/\$15,600 familiar; para <u>proveedores fuera de la red</u> no hay cobertura a menos que esté autorizado previamente por Molina Healthcare.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , <u>cargos por facturación del saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte en <a href="https://www.molina.com">MolinaMarketplace.com</a> o llame al 1-888-560-5716 para obtener una lista de <u>proveedores dentro la red</u> .	Usted paga menos si utiliza un <u>proveedor</u> en un centro u hospital de la red Choice (“Red Choice”). Usted paga más si utiliza un <u>proveedor</u> en un centro u hospital de la red Choice (“Red Choice”). Pagará el mayor monto si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ).
¿Necesita una <u>derivación para consultar a un especialista</u> ?	Sí.	El <u>plan</u> pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos prestados por un <u>especialista</u> , siempre que tenga una <u>remisión</u> antes de visitar al <u>especialista</u> .



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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o herida	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin cargo	\$60 de <u>copago</u> por consulta No se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estarán cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	<u>Pruebas de detección/atención médica preventiva/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse un examen	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	<i>Hospital/centro de la red Choice: \$95 de <u>copago</u> por radiografías; \$60 de <u>copago</u> por análisis de sangre; no se aplica el <u>deducible</u></i>  <i>Hospital/centro de la red Select: \$190 de <u>copago</u> por radiografías; \$120 de <u>copago</u> por análisis de sangre; no se aplica el <u>deducible</u></i>	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin cargo	<i>Hospital/centro de la red Choice: 35 % de <u>coseguro</u></i>  <i>Hospital/centro de la red Select: 50 % de <u>coseguro</u></i>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> . Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios de imágenes no estarán cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
<b>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Encuentre más información acerca de la <b><u>cobertura para medicamentos recetados</u></b> disponible en <a href="https://MolinaMarketplace.com/FLFormulary2024">MolinaMarketplace.com/FLFormulary2024</a>	Medicamentos genéricos - preferidos	Sin cargo	\$25 de <u>copago</u> por medicamento recetado (minorista); no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> para medicamentos de marca preferidos, de marca no preferidos, genéricos no preferidos y <u>medicamentos especializados</u> . Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos. Suministro minorista de hasta 30 días. Se ofrece un suministro de hasta 90 días por pedido por correo ofrecido a dos veces y media los <u>costos compartidos</u> minoristas de 30 días. Los envíos por correo no están disponibles para los <u>medicamentos especializados</u> . Para medicamentos de marca con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de asistencia de terceros con los <u>costos compartidos</u> de medicamentos recetados no se aplicarán a ningún <u>deducible</u> ni a los <u>límites de gastos de bolsillo</u> anuales. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	\$65 de <u>copago</u> por medicamento recetado (minorista);	No cubierto	
	Medicamentos de marca registrada y medicamentos genéricos no preferidos	Sin cargo	35 % de <u>coseguro</u> (minorista)	No cubierto	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cargo	35 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	
<b>Si requiere una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	<i>Hospital/centro de la red Choice: 35 % de <u>coseguro</u></i>  <i>Hospital/centro de la red Select: 50 % de <u>coseguro</u></i>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> . Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estarán cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	35 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> . Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estarán cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	Sin cargo	35 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	Se aplica el <u>deducible</u> . Los <u>costos compartidos</u> de la <u>atención en la sala de emergencia</u> no se aplican si es admitido en el hospital. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.  Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	<u>Transporte médico para casos de emergencia</u>	Sin cargo	35 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención médica de urgencia</u>	Sin cargo	\$45 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	
Si tiene una estadía en un hospital	Honorarios del centro (p. ej. habitación de hospital)	Sin cargo	<i>Hospital/centro de la red Choice: 35 % de <u>coseguro</u></i>  <i>Hospital/centro de la red Select: 50 % de <u>coseguro</u></i>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> . Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no estarán cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	35 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo	<i>Hospital/centro de la red Choice: 35 % de <u>coseguro</u> (centro); 35 % de <u>coseguro</u> (honorarios profesionales)</i>  <i>Hospital/centro de la red Select: 50 % de <u>coseguro</u> (centro); 35 % de <u>coseguro</u> (honorarios profesionales)</i>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> . Se requiere una <u>Autorización previa</u> para la atención de pacientes internados o para servicios no cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios médicos preventivos</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ecografías).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	35 % de <u>oseguro</u>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> . Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Sin cargo	<i>Hospital/centro de la red Choice: 35 % de <u>coseguro</u></i> <i>Hospital/centro de la red Select: 50 % de <u>coseguro</u></i>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> . Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Limitado a: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta dos horas por visita para la atención de enfermería por una enfermera registrada, enfermera práctica licenciada, trabajador social médico, médico, terapeuta ocupacional o del habla</li> <li>Limitado a 60 visitas por año calendario</li> </ul> Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o los servicios no estarán cubiertos.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	<p>Limitado a un total de 35 visitas al año para cualquier combinación de las siguientes terapias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>física, del habla, ocupacional, rehabilitación cardíaca, masaje y terapia manipuladora vertebral</li> </ul> <p>Las 35 visitas incluyen un límite de 26 visitas para la manipulación vertebral. Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o los servicios no estarán cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.</p>
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	No cubierto	Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo	<p><i>Hospital/centro de la red Choice:</i> 35 % de <u>coseguro</u></p> <p><i>Hospital/centro de la red Select:</i> 50 % de <u>coseguro</u></p>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> . Limitado a 60 días por año calendario. Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o los servicios no estarán cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera parte de la red que no sea IHCP (usted pagará más)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	35 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> . Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o los servicios no estarán cubiertos. Se eximen los <u>costos compartidos</u> en un proveedor que no sea IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o los servicios no estarán cubiertos.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Una evaluación/examen por año calendario
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto en lugar de anteojos con receta por año. No se cubre la cirugía correctiva con láser.
	Chequeo dental para niños	No cubierto	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).

- |  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) | • Atención dental (adultos)     | • Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos |
| • Acupuntura   | • Audífonos                     | • Enfermería de guardia privada                               |
| • Cirugía bariátrica   | • Tratamiento de infertilidad   | • Cuidado de rutina de los ojos (adultos)                     |
| • Cirugía cosmética  | • Atención médica a largo plazo | • Cuidado de rutina de los pies                               |

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

- |                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| • Cuidado quiropráctico | • Programas de pérdida de peso |
|-------------------------|--------------------------------|

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice existen organismos que pueden ayudarle. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: Departamento de Seguros y Servicios financieros de Florida 1-877-693-5236. También puede tener a su disposición otras opciones de cobertura, 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](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318- 2596.

**Su derecho a presentar una inconformidad 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 formal o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, los documentos de su plan proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o queja informa por cualquier motivo a su plan. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Departamento de Seguros y Servicios financieros de Florida 1-877-693-5236.

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

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes y seguros médicos disponibles a través del Marketplace u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para obtener crédito fiscal para la prima.

### ¿Cumple este plan los Estándares de valor mínimo? No se aplica.

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

*Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.*

## 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 costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro la red y parto en un hospital)

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$60
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	\$1,200
■ <u>Otro Coseguro</u>	35 %

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:

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

### Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$60
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	\$1,200
■ <u>Otro Coseguro</u>	35 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

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

En este ejemplo, Joe debe pagar:

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

### Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$60
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	\$1,200
■ <u>Otro Coseguro</u>	35 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

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

En este ejemplo, Mia debe pagar:

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

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

Nota: Estos valores suponen que el paciente ha recibido atención médica de un proveedor IHCP o de un proveedor que no es un IHCP con una derivación para un IHCP. Si usted recibe atención de un proveedor que no sea IHCP sin una derivación de un IHCP, sus costos pueden ser mayores.



Your Extended Family.

Aviso de no discriminación

Molina Healthcare

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, 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, condición militar o veterano retirado con honores, o por el uso de un perro guía o un animal de servicio entrenado por una persona con una discapacidad.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Ayuda y servicios para personas con discapacidad
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
  - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille)
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
  - Intérpretes especializados
  - Material escrito traducido en su idioma

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina. El número del Departamento de Servicios para Miembros de Molina está en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro. (TTY: 711).

Si considera que Molina no le proporcionó estos servicios o le trató de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir el reclamo, podemos ayudarle. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o al TTY: 711.

Envíe su reclamo por correo postal a: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

También puede enviar su reclamo por correo electrónico a [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com).

También puede presentar su reclamo ante Molina Healthcare AlertLine, las 24 horas del día, los 7 días de la semana en: <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Los formularios para presentar un reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> Puede enviar el formulario por correo postal 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 Reclamos de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al (800) 368-1019; TTY (800) 537-7697.

ATTENTION: Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. If you need help in your language call Member Services located on back of your ID card. (TTY: 711). These services are free of charge.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame a Servicios para Miembros. El número está en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. (TTY: 711). También hay disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y letra grande. Estos servicios son gratuitos. (Español)

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغتك ، فاتصل ، بخدمات الأعضاء. الرقم موجود على ظهر بطاقة هوية العضو الخاصة بك |  
(.Árabe). (الهاتف النصي 711): تتوفر أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. هذه الخدمات مجانية

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գաղափարեք Member Services: Համարը գտնվում է Ձեր Member ID քարտի ետևի մասում: (TTY: 711):

Առկա են նաեւ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ եւ ծառայություններ, ինչպես բրեյլի եւ մեծ տպաքանակի փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները անվճար են: (Armenio)

ការយកចំនួនកម្រិតជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការរូបចំណែកសារគ្នាអនុវត្តន៍ស្របនឹងត្រូវបានជំរុញឱ្យមានផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយគ្នាអនុវត្តការហៅកាត់របស់អ្នកថាសមាជិកសេវាកម្មដែលមានទីតាំងនៅខាងក្រោយអនុសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក, (TTY: ៧១១), សេវាកម្មទាំងនេះដោយមិនគិតថ្លៃ, (Camboyano)

注意:如果您需要语言方面的帮助,请致电会员服务部。该号码位于您的会员ID卡背面。(TTY: 711)。  
还为残疾人提供辅助工具和服务,如盲文和大字体文件。这些服务是免费的。(Chino)

توجه: کمک ها و خدمات برای افراد معلول, مانند اسناد بریل  
و چاپ بزرگ نیز در دسترس هستند. در صورت نیاز به کمک در زبان خود با خدمات عضو واقع در پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید (Farsi). این  
خدمات رایگان هستند. (TTY: 711)

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो सदस्य सेवाओं को कॉल करें। नंबर आपके सदस्य आईडी कार्ड के पीछे है। (TTY: 711) ।  
विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं। (Hindi)

XIM: Yog koj xav tau kev pab los ntawm koj cov kev pab. Tus naj npawb nyob sab nraum qab ntawm koj tus ID card. (TTY: 711).

Aids thiab kev pab rau cov neeg uas muaj mob xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv nyob rau hauv braille thiab loj print, kuj muaj. Cov kev pab no yog pab dawb xwb. (Hmong)

ACHTUNG: Wenn Sie Hilfe in Ihrer Sprache benötigen, rufen Sie den Mitgliederservice an. Die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises. (TTY: 711).

Hilfsmittel und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen, wie Dokumente in Blindenschrift und Großdruck, sind ebenfalls verfügbar. Diese Dienstleistungen sind kostenlos. (Alemán)

Idiomas: Inglés, Español, Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Farsi, Hindi, Hmong, Alemán, Japonés, Coreano, Laosiano, Mien, Panyabí, Ruso, Tagálog, Tailandés, Ucraniano, Vietnamita

---

注意:あなたの言語で助けが必要な場合は、メンバーサービスに電話してください。番号は会員証の裏面に記載されています。(TTY: 711)。  
点字や大活字の書類など、障害者のための援助やサービスも利用できます。これらのサービスは無料です。(Japonés)

---

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하면 회원 서비스에 전화하십시오. 이 번호는 가입자 ID 카드 뒷면에 있습니다. (TTY: 711)입니다.  
점자 및 큰 활자로 된 문서와 같은 장애인을 위한 보조 및 서비스도 제공됩니다. 이러한 서비스는 무료입니다. (Coreano)

---

ຂໍ້ຄວນລະວັງ: Aids ແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນດຽວກັບເອກະສານໃນ braille ແລະການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ຍັງມີ. ຖ້າ ທ່ານ  
ຕ້ອງ ການ ຄວາມ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ໃນ ພາ ສາ ຂອງ ທ່ານ call Member Services ທີ່ ຕັ້ງ ຢູ່ ທາງ ຫວັງ ຂອງ ບັດ ID ຂອງ ທ່ານ. (TTY: 711).  
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. (Laosiano)

---

attention: aids caux services bun mienh caux disabilities oix documents yie braille caux large print naaic yaac available da'faanh meih oix zuqc tengx yie meih nyei  
language heuc member services located zieqc back of meih nyei yie cie (tty: 711) these services naaic free of charge. (Mien)

---

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਨੰਬਰ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਂਬਰ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਹੈ। (TTY: 711)।  
ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ। (Panyabí)

---

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните в службу поддержки. Номер указан на обратной стороне вашей идентификационной карты.  
(Телетайп: 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как документы, напечатанные шрифтом  
Брайля и крупным шрифтом. Эти услуги бесплатны. (Ruso)

---

ATTENTION: Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print.  
Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika tumawag sa Member Services na matatagpuan sa likod ng iyong ID card. (TTY: 711).  
Ang mga serbisyong ito ay libre. (Tagálog)

---

ความสนใจ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก หมายเลขจะอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวสมาชิกของคุณ (TTY: 711)  
นอกจากนี้ยังมีบริการช่วยเหลือสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย (Tailandés)

---

УВАГА: Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте до служби підтримки. Номер вказано на зворотному боці посвідчення учасника. (ЛТАЙП: 711).  
Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, такі як документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Ці послуги  
безкоштовні. (Ucraniano)

---

CHÚ Ý: Nếu bạn cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên. Số này nằm ở mặt sau thẻ ID Hội viên của bạn. (TTY: 711).  
Hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in lớn, cũng có sẵn. Các dịch vụ này là miễn phí. (Vietnamita)

---

Idiomas: Inglés, Español, Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Farsi, Hindi, Hmong, Alemán, Japonés, Coreano, Laosiano, Mien, Panyabí, Ruso, Tagálog, Tailandés, Ucraniano, Vietnamita