



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) le 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 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 o llame al 1-888-858-3973. Consulte el Glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, facturación del saldo, coseguro, copago, deductible, 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>deductible</u> general?	\$0/individual o \$0/familiar	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deductible</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 cumplir con el <u>deductible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deductible</u> pagados por todos los miembros alcance el <u>deductible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el <u>deductible</u> ?	Sí. La <u>atención médica preventiva</u> y los servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deductible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos servicios preventivos sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deductibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores</u> de la red \$1750 individuales/\$3500 familiares; para <u>proveedores</u> <u>fueras 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 los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites 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> , cargos por <u>facturación del saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted 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 Molinamarketplace.com o llame al 1-888-858-3973 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . 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>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
		laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
<u>¿Necesita una derivación para consultar a un especialista?</u>	No.	Puede visitar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u> .

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

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 <u>proveedor</u> de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o herida	\$0 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguno
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$10 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.
	<u>Atención médica preventiva/prueba de detección/inmunización</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse un examen	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	\$30 de <u>copago</u> por radiografías; no se aplica el <u>deducible</u> ; \$10 de <u>copago</u> por análisis de sangre; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI])	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios de imágenes no están cubiertos
Si requiere medicamentos para	Medicamentos genéricos - preferidos	\$0 de <u>copago</u> por receta (minorista); no	Sin cobertura	Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.

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)	
tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> disponible en MolinaMarketplace.com/UTFormulary2026		se aplica el <u>deductible</u>		Ciertos medicamentos recetados están disponibles para un suministro extendido de hasta 90 días en las farmacias minoristas de la red o a través de la opción de pedido por correo. Los costos compartidos para un suministro extendido son tres veces (3 veces) los <u>costos compartidos</u> minoristas de 30 días. El pedido por correo no está disponible para <u>medicamentos especializados</u> . Para medicamentos de marca con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de asistencia con los costos compartidos de <u>medicamentos recetados</u> de terceros no se aplicarán a ningún <u>deductible</u> ni a los <u>límites de gastos de bolsillo</u> anuales.
	Medicamentos de marca preferidos	\$25 de <u>copago</u> por receta (minorista); no se aplica el <u>deductible</u>	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca registrada y medicamentos genéricos no preferidos	40 % de <u>coseguro</u> (minorista); no se aplica el <u>deductible</u>	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos especializados</u>	50 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deductible</u>	Sin cobertura	
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deductible</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deductible</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deductible</u>	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deductible</u>	Los <u>costos compartidos</u> por <u>atención en la sala de emergencias</u> no se aplican si es admitido en el hospital.
	<u>Transporte médico para casos de emergencia</u>	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deductible</u>	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deductible</u>	
	<u>Atención de urgencia</u>	\$2 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deductible</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para <u>Servicios de Atención de Urgencia</u> fuera del área o para servicios no cubiertos.
Si tiene una estadía en un hospital	Honorarios del centro (p. ej. habitación de hospital)	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deductible</u>	Sin cobertura	Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no estarán cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deductible</u>	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental,	Servicios para pacientes ambulatorios	\$0 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deductible</u>	Sin cobertura	Ninguno.

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)	
salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes internados	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere una <u>autorización previa</u> para la atención para pacientes internados o para servicios no cubiertos.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a la atención prenatal de rutina, ni a la primera consulta posnatal, ni a ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Servicios de terminación del embarazo, sujetos a restricciones y a la ley estatal.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica domiciliaria</u>	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se limita a: <ul style="list-style-type: none">• Hasta 2 horas de enfermería por consulta• Un auxiliar de atención médica domiciliaria hasta 4 horas por consulta• 30 visitas por año calendario Se requiere <u>autorización previa</u> después de 7 visitas para el acondicionamiento del hogar o es posible que no se cubran los servicios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$10 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	20 consultas por año: terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional combinadas
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	\$10 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	20 consultas por año: terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional combinadas
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Limitado a 30 días por año calendario. Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Excluye las modificaciones del vehículo, las modificaciones del hogar, el ejercicio y el equipo del baño.
	<u>Atención médica para</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 6 meses en un período de 3 años.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.MolinaMarketplace.com.

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)	
	<u>pacientes terminales</u>			Solo notificación, no se requiere <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Una prueba de detección o evaluación por año calendario
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un par de anteojos por año.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	No se aplica. La cobertura se puede comprar como un producto independiente; no está cubierta por esta política .

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)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de rutina de los pies
- Cirugía cosmética
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención médica a largo plazo
- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Enfermería de guardia privada
- Cuidado quiropráctico

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

- Atención de rutina de los ojos (adultos)
- Atención dental (adultos)

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: Utah Insurance Department (Departamento de Seguros de Utah) 1-801-538-3077. 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 o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una Queja Formal 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, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Utah Insurance Department (Departamento de Seguros de Utah) 1-801-538-3077.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes y seguro de salud 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 recibir el crédito fiscal para la prima.

¿Cumple este plan el Estándar de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, puede ser elegible para obtener 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, lo que cobre el proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los costos compartidos (deductibles, 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)

Deductible total del plan	\$0
Copago para el especialista	\$10
Coseguro del hospital (centro)	30 %
Otro coseguro	30 %

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:

Costos Compartidos

<u>Deductibles</u>	\$0
--------------------	-----

<u>Copagos</u>	\$300
----------------	-------

<u>Coseguro</u>	\$1700
-----------------	--------

Qué servicios no cubre el plan

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que debe pagar Peg es	\$2000
---------------------------------------	---------------

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

Deductible total del plan	\$0
Copago para el especialista	\$10
Coseguro del hospital (centro)	30 %
Otro coseguro	30 %

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)

Costo total del ejemplo **\$5,600**

En este ejemplo, Joe debe pagar:

Costos Compartidos

<u>Deductibles</u>	\$0
--------------------	-----

<u>Copagos</u>	\$400
----------------	-------

<u>Coseguro</u>	\$200
-----------------	-------

Qué servicios no cubre el plan

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que debe pagar Joe es	\$600
---------------------------------------	--------------

Fractura simple de Mia

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

Deductible total del plan	\$0
Copago para el especialista	\$10
Coseguro del hospital (centro)	30 %
Otro coseguro	30 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (incluye suministros médicos)

Prueba de diagnóstico (radiografía)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo **\$2,800**

En este ejemplo, Mia debe pagar:

Costos Compartidos

<u>Deductibles</u>	\$0
--------------------	-----

<u>Copagos</u>	\$100
----------------	-------

<u>Coseguro</u>	\$500
-----------------	-------

Qué servicios no cubre el plan

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que debe pagar Mia es	\$600
---------------------------------------	--------------

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



**Aviso de no discriminación: Sección 1557
Molina Healthcare of Utah - Marketplace**

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, Molina Healthcare proporciona los siguientes servicios gratuitos y de manera oportuna:

- Molina Healthcare ofrece adaptaciones razonables y ayudas y servicios apropiados para las personas con discapacidades. Esto incluye lo siguiente:(1) Intérpretes calificados. (2) Materiales escritos en otros formatos, como en letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille.
- Molina Healthcare brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés. Esto incluye lo siguiente:(1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al 1-888-858-3973 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora local.

Si cree que sufrió discriminación por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja formal. Puede presentar una queja formal por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea: Si necesita ayuda para escribir la queja formal, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas formales en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx

Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889 o TTY/TDD: 711 o envíe su queja formal a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com
Sitio web: MolinaHealthcare.Alertline.com

También puede presentar una queja formal de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por medios electrónicos a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services



**Aviso de no discriminación: Sección 1557
Molina Healthcare of Utah - Marketplace**

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios para las quejas están disponibles aquí: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>



Notice of Availability – Section 1557
Molina Healthcare of Utah - Marketplace

English	For free language assistance services, and auxiliary aids and services, call 1-888-858-3973 (TTY: 711).
Spanish Español	Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-888-858-3973 (TTY: 711).
Chinese (Traditional) 中文 (台灣繁體)	如需免費的語言協助服務以及輔助裝置和服務，請致電 1-888-858-3973 (聽障專線：711)。
Vietnamese Tiếng Việt	Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-888-858-3973 (TTY: 711).
Korean 한국인	무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-888-858-3973 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다.
Navajo Diné	T'áá jiik'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anída'awo'í, dóó bee ahxił hane'í ádaat'éhígíí dóó bee áka'nída'awo'í biniiyégo, kohji' hodíilnih 1-888-858-3973 (TTY: 711).
Nepali नेपाली	भाषासम्बन्धी निःशुल्क सहायता सेवा र अतिरिक्त सहायता तथा सेवाहरूका लागि 1-888-858-3973 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्।
Tongan Tonga	Ke ma'u 'a e tokoni ki he lea fakafonua ta'etotongi, mo e ngaahi tokoni mo e ngaahi tokoni 'a e houalotu, telefoni ki he 1-888-858-3973 (TTY: 711).
Serbo-Croatian Srpski	За бесплатну помоћ у вези са језиком и помагала и услуге, позовите 1-888-858-3973 (TTY: 711).
Tagalog	Para sa libreng serbisyo sa tulong sa wika, at mga auxiliary aid at serbisyo, tumawag sa 1-888-858-3973 (TTY: 711).
German Deutsch	Kostenlose Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter 1-888-858-3973 (TTY: 711).
Russian Русский	Для получения бесплатных услуг языковой помощи, а также вспомогательных средств и услуг, позвоните: 1-888-858-3973 (телефон: 711).
Arabic العربية	اتصل على الرقم 1-888-858-3973 (الهاتف النص 711: (TTY)) لتلقي خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والمساعدات الإضافية.



**Notice of Availability – Section 1557
Molina Healthcare of Utah - Marketplace**

Mon-Khmer Cambodian

សម្រាប់សេវាកម្មដែនយកសាលា និងដែនយកស្តាប់ដោយគគគិតថ្លែ សូមទូរសព្ទទៅ 1-888-858-3973 (TTY: 711)⁴

French
Français

Pour bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits, ainsi que de services et aides complémentaires, appelez le 1-888-858-3973 (ATS : 711).

Japanese
日本語

無料の言語サポートや補助器具・サービスをご希望の方は、1-888-858-3973 (TTY: 711) までお電話ください。