



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. **This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit our website at MolinaMarketplace.com or call 1-888-858-3492. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-800-318-2596 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$6,800 Individual or \$13,600/Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care , Family Planning, Pediatric Vision, Hospice, and Formulary Preventive Prescription Drugs are covered before you meet your deductible .	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	For network providers \$8,150 individual / \$16,300 family; for out-of-network providers there is no coverage unless Prior Authorized by Molina Healthcare.	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billing charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See MolinaMarketplace.com or call 1-888-858-3492 for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	No.	You can see the specialist you choose without a referral .



All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$35 copay /office visit deductible does not apply	Not covered	None
	Specialist visit	\$85 copay /visit	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.
	Preventive care/screening /immunization	No charge	Not Covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services you need are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	40% coinsurance	Not Covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	40% coinsurance	Not Covered	Preauthorization is required or Imaging services are not covered
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at http://MolinaMarketplace.com/WAFormulary2020.com	Tier 1 – Preferred Generic Drugs	\$32 copay /prescription deductible does not apply	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered. Mail-order Prescription Drugs are available for up to a 90-day supply and is offered at two times the 30-day retail prescription Cost Sharing . Depending on Tier level this will be either a Copayment or a Coinsurance . For brand name drugs with a generic equivalent, coupons or any other form of third-party prescription drug cost sharing assistance will not apply toward any deductibles or annual out-of-pocket limits .
	Tier 2 – Preferred Brand Drugs	40% coinsurance	Not Covered	
	Tier 3 – Non-Preferred Brand and Generic Drugs	50% coinsurance	Not Covered	
	Tier 4 – Brand and Generic Specialty Drugs	50% coinsurance	Not Covered	Preauthorization is required, or services not covered. Mail order not available.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	40% coinsurance	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
	Physician/surgeon fees	40% coinsurance	Not Covered	Preauthorization may be required, or services not covered.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	40% coinsurance	40% coinsurance	Emergency room care coinsurance does not apply, if admitted to the hospital.
	Emergency medical transportation	40% coinsurance	40% coinsurance	
	Urgent care	\$35 copay/visit deductible does not apply	Not Covered	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	40% coinsurance	Not Covered	Preauthorization is required or services not covered.
	Physician/surgeon fees	40% coinsurance	Not Covered	Preauthorization is required or services not covered.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$35 copay/office visit deductible does not apply 40% coinsurance/Outpatient Intensive Treatment Program	Not Covered	Preauthorization is required for inpatient care or services not covered.
	Inpatient services	40% coinsurance	Not Covered	
If you are pregnant	Office visits	No Charge	Not Covered	Cost sharing does not apply to routine prenatal care and first post-natal visit and certain preventive services . Depending on the type of services, coinsurance may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	40% coinsurance	Not Covered	
	Childbirth/delivery facility services	40% coinsurance	Not Covered	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge	Not Covered	130 visits/year. Services must be provided by an in network Home health agency.
	Rehabilitation services	40% coinsurance	Not Covered	25 visits/year - Speech, Physical, Occupational Therapy combined 10 visits/year - Spinal Manipulations 12 visit/year - Acupuncture services
	Habilitation services	40% coinsurance	Not Covered	25 visits/year - Speech, Physical, Occupational Therapy combined

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
	Skilled nursing care	40% coinsurance	Not Covered	60 days/calendar year. Preauthorization is required or services not covered.
	Durable medical equipment	40% coinsurance	Not Covered	Excludes vehicle modifications, home modifications, exercise, and bathroom equipment.
	Hospice services	No Charge	Not Covered	Preauthorization is not required. Please notify Molina before services are rendered.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No Charge	Not covered	Coverage limited to one exam/year.
	Children's glasses	No Charge	Not covered	Coverage limited to one pair of glasses/year.
	Children's dental check-up	Not Covered	Not covered	Not Applicable. Coverage can be purchased as a standalone product; it is not covered by this policy.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
- Bariatric Surgery - Cosmetic Surgery - Dental Care (Adult)	- Dental Care (Child) - Infertility treatment - Non-emergency care when traveling outside the U.S	- Private Duty Nursing - Routine eye care (Adult) - Routine Foot Care
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
- Pregnancy termination - Spinal Manipulations	Acupuncture	Long-term care

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Washington State Office of the Insurance Commissioner 1-800-562-6900. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.wahealthplanfinder.org or call 1-855-923-4633.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Molina Healthcare of Washington at 1-888-858-3492.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

If you don't have [Minimum Essential Coverage](#) for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

Does this plan meet Minimum Value Standards? Yes.

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$6800
■ Specialist copayment	\$85
■ Hospital (facility) coinsurance	40%
■ Other coinsurance	40%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$3,200
Copayments	\$0
Coinsurance	\$5,000
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$8,300

Managing Joe's type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$6800
■ Specialist copayment	\$85
■ Hospital (facility) coinsurance	40%
■ Other coinsurance	40%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$7,400
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$3,400
Copayments	\$900
Coinsurance	\$2,200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Joe would pay is	\$6,600

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$6800
■ Specialist copayment	\$85
■ Hospital (facility) coinsurance	40%
■ Other coinsurance	40%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*x-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$1,900
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$1,000
Copayments	\$200
Coinsurance	\$700
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,900

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.



Non-Discrimination Notification

Molina Healthcare of Washington, Inc.

Molina Marketplace

Molina Healthcare of Washington, Inc. (Molina) complies with all Federal civil rights laws that relate to healthcare services. Molina offers healthcare services to all members without regard to race, color, national origin, age, disability, or sex. Molina does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. This includes gender identity, pregnancy and sex stereotyping. Molina also complies with applicable state laws and does not discriminate on the basis of creed, gender, gender expression or identity, sexual orientation, marital status, religion, honorably discharged veteran or military status, or the use of a trained dog guide or service animal by a person with a disability.

To help you talk with us, Molina provides services free of charge:

- Aids and services to people with disabilities
 - Skilled sign language interpreters
 - Written material in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, Braille)
- Language services to people who speak another language or have limited English skills
 - Skilled interpreters
 - Written material translated in your language
 - Material that is simply written in plain language

If you need these services, contact Molina Member Services at (888) 858-3492, TTY/TTD: 711.

If you believe that Molina has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at (866) 606-3889, or TTY, 711. Mail your complaint to:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

You can also email your complaint to civil.rights@molinahealthcare.com. Or, fax your complaint to (800) 816-3778.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

You can also send it to a website through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

If you need help, call 1-800-368-1019; 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.



Non-Discrimination Notification
Molina Healthcare of Washington, Inc.
Molina Marketplace

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-898-7969 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

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 1-888-898-7969 (TTY: 711)。

අවධානය යොමු කිරීම: ඔබ ඉංග්‍රීසි කතා කරන්නේ නම්, නොමිලේ භාෂා සහාය සේවාවන් ඔබ සඳහා ඇත. 1-888-898-7969 (TTY: 711) අංකයට කථනානුකූල දුරකථන කථනානුකූලව කතා කරන්න.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-898-7969 (TTY: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-898-7969 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-898-7969 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

লক্ষ্য করন: যিদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরেস্ববা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-888-898-7969 (TTY: 711)।

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-898-7969 (TTY: 711).

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。

1-888-898-7969 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-898-7969 (телетайп: 711).

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-898-7969 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-898-7969 (TTY: 711).

 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 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 nuestro sitio web en 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?	\$6,800/individual o \$13,600/familiar	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro debe cumplir con el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros alcance el deducible general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el deducible ?	Sí. Atención preventiva , planificación familiar, visión pediátrica, hospicio y los medicamentos recetados preventivos del formulario están cubiertos antes de cumplir con su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de cumplir con su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de red \$8,150 individuales/\$16,300 familiares; para proveedores fuera de la red no hay cobertura a menos que esté autorizado previamente por Molina Healthcare.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , facturas con saldo adicional y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte en MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492 para obtener una lista de 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 que no forma parte de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión .



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 de atención médica básica para tratar una enfermedad o herida	Copago de \$35 por visita al consultorio. No se aplica el deducible.	No cubierto	Ninguno
	Consulta con un especialista	Copago de \$85 por visita	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Servicios preventivos/ 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	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro de 40%	No cubierto	Ninguno
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Coseguro de 40%	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios de imágenes no están cubiertos.
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta está disponible en http://MolinaMarketplace.com/WAFormulary2020.com	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$32 por receta. No se aplica el deducible.	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos. Los medicamentos con receta pedidos por correo están disponibles para un suministro de hasta 90 días y se ofrecen en dos ocasiones el costo compartido de la receta minorista de 30 días. Dependiendo del nivel de categoría esto será un copago o un coseguro . Para medicamentos de marca con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de 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.
	Nivel 2: medicamentos de marca preferidos	Coseguro de 40%	No cubierto	
	Nivel 3: medicamentos genéricos y de marca no preferidos	Coseguro de 50%	No cubierto	

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)	
	Nivel 4: medicamentos de marca y genéricos especializados	Coseguro de 50%	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos. El envío por correo no está disponible.
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	Coseguro de 40%	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro de 40%	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	Coseguro de 40%	Coseguro de 40%	El coseguro de atención de emergencia en la sala no se aplica, si es admitido en el hospital.
	Traslado médico de emergencia	Coseguro de 40%	Coseguro de 40%	
	Atención médica urgente	Copago de \$35 por visita. No se aplica el deducible.	No cubierto	
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del hospital (p. ej. habitación)	Coseguro de 40%	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro de 40%	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	Copago de \$35 por visita al consultorio. No se aplica el deducible. Coseguro de 40% /Programa de Tratamiento Intensivo Ambulatorio	No cubierto	Se requiere una autorización previa para la atención de pacientes hospitalizados o para servicios no cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro de 40%	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	Los costos compartidos no se aplican a la atención prenatal de rutina, ni a la primera consulta posnatal, ni a ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicios, se puede aplicar el coseguro . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Coseguro de 40%	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Coseguro de 40%	No cubierto	
Si requiere ayuda para su recuperación u	Atención médica en el hogar	Sin cargo	No cubierto	130 consultas/año. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia de salud a

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)	
otras necesidades médicas específicas				domicilio de la red.
	Servicios de rehabilitación	Coseguro de 40%	No cubierto	25 consultas/año: terapia del habla, física y ocupacional combinadas 10 visitas/año: manipulaciones espinales 12 visita/año: servicios de acupuntura
	Servicios de recuperación de las habilidades	Coseguro de 40%	No cubierto	25 consultas/año: terapia del habla, física y ocupacional combinadas
	Atención de enfermería especializada	Coseguro de 40%	No cubierto	60 días/año calendario. Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Equipo médico duradero	Coseguro de 40%	No cubierto	Excluye las modificaciones del vehículo, las modificaciones del hogar, el ejercicio y el equipo del baño.
	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 servicios dentales u oculares	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un examen/año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un par de anteojos por año.
	Chequeo dental para niños	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 [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|-----------------------------|--|---|
| • Cirugía bariátrica | • Atención dental (niños) | • Servicio de enfermería privado |
| • Cirugía cosmética | • Tratamiento de infertilidad | • Cuidado de rutina de los ojos (adultos) |
| • Atención dental (adultos) | • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • 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](#)).

- | | | |
|----------------------------|--------------|---------------------------------|
| • Aborto | • Acupuntura | • Atención médica a largo plazo |
| • Manipulaciones espinales | | |

Su derecho a 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: Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington 1-800-562-6900. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Seguro de salud [Marketplace en línea](#). Para obtener más información acerca del [Marketplace en línea](#), visite www.wahealthplanfinder.org o llame al 1-855-923-4633.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [inconformidad](#) 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 [inconformidad](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Molina Healthcare of Washington al 1-888-858-3492.

¿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 [crédito fiscal para las primas](#) que lo ayudará a pagar por un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

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 [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 en la red y parto en un hospital)

■ El deducible total del plan	\$6800
■ Copago de especialista	\$85
■ Coseguro del hospital (centro)	40%
■ Otros coseguros	40%

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	
Deducibles	\$3,200
Copagos	\$0
Coseguro	\$5,000
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$8,300

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible total del plan	\$6800
■ Copago de especialista	\$85
■ Coseguro del hospital (centro)	40%
■ Otros coseguros	40%

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 con receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe debe pagar:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,400
Copagos	\$900
Coseguro	\$2,200
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Joe es	\$6,600

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible total del plan	\$6800
■ Copago de especialista	\$85
■ Coseguro del hospital (centro)	40%
■ Otros coseguros	40%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$200
Coseguro	\$700
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$1,900



Molina Healthcare of Washington, Inc. (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas a los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros independientemente de la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Molina no excluye a las personas ni los trata de manera diferente debido a la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el sexo. Esto incluye la identidad de género, embarazo y estereotipos de sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina sobre la base del credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, estado de veterano retirado con honores o militar, o el uso de un perro guía o animal de servicio entrenados por parte de una persona con discapacidad.

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

- Ayuda y servicios para personas con discapacidad
 - o Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - o Material escrito en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, Braille)
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
 - o Intérpretes capacitados
 - o Material escrito traducido en su idioma
 - o material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender

Si necesita estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (888) 858-3492, sistema TTY/TDD: 711.

Si usted cree que Molina no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o TTY 711. Envíe por correo postal 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. O envíe por fax su queja a (800) 816-3778.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). Los formularios de quejas están disponibles en <https://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 enviarla a un sitio web a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.



Non-Discrimination Notification
Molina Healthcare of Washington, Inc.
Molina Marketplace

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-898-7969 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

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 1-888-898-7969 (TTY: 711)。

අවධානය යොමු කිරීම: ඔබ ඉංග්‍රීසි කතා කරන්නේ නම්, නොමිලේ භාෂා සහාය සේවාවන් ඔබ සඳහා ඇත. 1-888-898-7969 (TTY: 711) අංකයට කථනාන්විතව කතා කරන්න.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-898-7969 (TTY: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-898-7969 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-898-7969 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

লক্ষ্য করন: যিদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরেস্ববা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-888-898-7969 (TTY: 711)।

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-898-7969 (TTY: 711).

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。

1-888-898-7969 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-898-7969 (телетайп: 711).

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-898-7969 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-898-7969 (TTY: 711).