




El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) le ayudará a elegir el 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](http://MolinaMarketplace.com). Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad autorizada, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://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?	\$5,400 individual o \$10,800 familiar	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar 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. Todos los servicios cubiertos excepto <u>atención de enfermería especializada</u> y <u>hospitalización</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	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 cumplir con su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos 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?	Sí. \$150/Individual o \$300/Familiar para <u>cobertura de medicamentos con receta</u> . No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$9,100 individual o \$18,200 familiar	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el monto 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>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 <a href="http://MolinaMarketplace.com">MolinaMarketplace.com</a> o llame al 1-888-858-2150 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . Pagará más 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 laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesita una <u>remisión</u> para consultar a un <u>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 ver al <u>especialista</u> .

\* No se aplican cargos por los servicios cubiertos en un proveedor de atención médica indígena participante (IHCP)

 Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar el deducible, en caso de que un deducible 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 primaria para tratar una enfermedad o herida	\$50 de <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Incluye consultas no preventivas de obstetricia/ginecología (OB/GYN, en inglés) y pediatra.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$90 de <u>copago</u> por visita; 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/pruebas de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Incluye la mayoría de los servicios prenatales. Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . 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)	\$95 de <u>copago</u> por prueba de radiografía; no se aplica el <u>deducible</u> . \$50 de <u>copago</u> por prueba, laboratorio; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	También se aplica <u>costo compartido</u> para servicios de radiografías a servicios de ecografía.
	Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones y resonancia magnética)	\$325 de <u>copago</u> por prueba; 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.
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Categoría 1	\$19 de <u>copago</u> por receta (minorista); no se aplica el <u>deducible</u> \$47.50 de <u>copago</u> por receta (envío por correo); no se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta de venta al por menor); suministro de 31-90 días (receta de pedido por correo). <u>Costo compartido</u> máximo de \$250 por un

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)	
Encuentre más información acerca de la <b>cobertura de medicamentos recetados</b> en <a href="https://MolinaMarketplace.com/CAformulary2024">MolinaMarketplace.com/CAformulary2024</a>	Categoría 2	\$60 de <u>copago</u> por receta (minorista); se aplica <u>deducible</u> \$150 de <u>copago</u> por receta (envío por correo); se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	<p>suministro de 30 días para medicamentos de quimioterapia de suministro oral, no se aplica el <u>deducible</u>.</p> <p><u>Costo compartido</u> máximo de \$250 por un suministro de 30 días de medicamentos de Categoría o 4, después del <u>deducible</u>.</p> <p>Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> o que los servicios no estén cubiertos.</p> <p>El <u>costo compartido</u> para cualquier medicamento con receta obtenido a través del uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos con receta no se aplicará para ningún <u>deducible</u> ni para el <u>límite de gastos de bolsillo</u>.</p> <p>Los costos compartidos para los medicamentos recetados cubiertos se limita a no ser más que el precio de venta minorista de la farmacia.</p>
	Categoría 3	\$90 de <u>copago</u> por receta (minorista); se aplica <u>deducible</u> \$225 de <u>copago</u> por receta (envío por correo); se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	
	Categoría 4	20 % de <u>coseguro</u> (minorista); se aplica el <u>deducible</u> . Sin cobertura (por correo)	Sin cobertura	
<b>Si requiere una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía ambulatoria)	30 % de <u>coseguro</u> ; 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.
	Tarifa del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	
<b>Si requiere atención médica inmediata</b>	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	\$450 de <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u> .	\$450 de <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u> .	Este costo no se aplica si ingresa directamente en el hospital para servicios para pacientes hospitalizados. (Consulte "Si tiene una estadía en el hospital" para conocer los costos aplicables). El Proveedor no participante solo está cubierto hasta que se establezca y se acuerde la transferencia a un Proveedor participante.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$250 de <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u> .	\$250 de <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u> .	Ninguna.

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>Atención médica de urgencia</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Ninguna.
<b>Si tiene una estadía en un hospital</b>	Honorarios del centro (p. ej., habitación de hospital)	30 % de <u>coseguro</u> ; se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	
<b>Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el consumo de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$50 de <u>copago</u> por visita al consultorio; 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. Incluye evaluación individual, grupal, consejería, programas intensivos ambulatorios y de tratamiento durante el día.
	Servicios para pacientes hospitalizados	30 % de <u>coseguro</u> ; se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos. <u>El deducible</u> se aplica sólo a las tarifas del centro.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$50 de <u>copago</u> por visita, visita de atención primaria; no se aplica el <u>deducible</u> . \$90 de <u>copago</u> por visita, visita al <u>especialista</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> . Sin cargo/visita, visita de <u>atención médica preventiva</u> , incluidas visitas obstétricas prenatales de rutina; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, pueden aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	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> ; se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	
<b>Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$45 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Limitado a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 consultas por año.</li> <li>• Hasta 2 horas por visita de una enfermera, un trabajador social médico, un terapeuta físico, ocupacional o del habla.</li> </ul>

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)	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>4 horas por visita para auxiliar médico domiciliario.</li> </ul> Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos.
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30 % de <u>coseguro</u> ; se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Límite de 100 días por año. Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se requiere una <u>autorización previa</u> o los servicios no están cubiertos.
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se requiere notificación previa.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Límite de 1 examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Cobertura limitada a 1 par de anteojos recetados (lentes y marcos) o lentes de contacto en lugar de anteojos por año. Hay mayores cantidades disponibles para ciertos tipos de lentes de contacto.
	Chequeo dental para niños	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	El <u>plan</u> paga el 100 % de los exámenes preventivos dos veces al año. Consulte su póliza o documento del <u>plan</u> para obtener información adicional sobre los servicios.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica</li><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Atención dental (adultos)</li><li>• Audífonos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de infertilidad</li><li>• Atención a largo plazo</li><li>• Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermería de guardia privada</li><li>• Atención de rutina de los ojos (adultos)</li><li>• Atención de rutina de los pies</li><li>• Programas de pérdida de peso</li></ul> |
|--|--|--|

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Aborto</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (si se receta para náuseas o dolor crónico)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li></ul> |
|--|--|--|

**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 Atención Médica Administrada al 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o [dmhc.ca.gov](http://dmhc.ca.gov) y Covered California al 1 (800) 300-1506 o [coveredca.com](http://coveredca.com). 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 formal a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos o este aviso, o si necesita asistencia, puede comunicarse con Departamento de Atención Médica Administrada al 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o [dmhc.ca.gov](http://dmhc.ca.gov).

### ¿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 recibir el 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 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.*



**Acerca de 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)

- Deducible general del plan \$5,400
- Copago para el especialista \$90
- 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*)

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

**En este ejemplo, Peg debe pagar:**

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles*</u>	\$5,400
<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$1,700
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Peg es de</b>	<b>\$7,900</b>

**Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- Deducible general del plan \$5,400
- Copago para el especialista \$90
- 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 recetados  
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

**En este ejemplo, Joe debe pagar:**

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles*</u>	\$150
<u>Copagos</u>	\$1,600
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Joe es de</b>	<b>\$1,950</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- Deducible general del plan \$5,400
- Copago para el especialista \$90
- Coseguro del hospital (centro) 30 %
- Otro coseguro 30 %

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 (*fisioterapia*)

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

**En este ejemplo, Mia debe pagar:**

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles*</u>	\$10
<u>Copagos</u>	\$1,300
<u>Coseguro</u>	\$70
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Mia es de</b>	<b>\$1,370</b>

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

\*Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" en la fila anterior.



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

ՈՒՇԵՂՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգադարեք 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)

ការយកចំនុចកម្មវិធីសម្រាប់ជនពិការរូបជាឯកសារក្នុងអារទ្រនាប់នឹងត្រូវបានផ្តល់ឱ្យឥតគិតថ្លៃ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការហៅកាត់របស់អ្នកថាសមាជិកសេវាកម្មដែលមានទីតាំងនៅខាងក្រោយអនុសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក, (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)

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 ຫລັງ 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). ਅਪਾਹਜ 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 serbisyonang ito ay libre. (Tagalog)

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)