



FROM |  buckeye  
health plan.

# Ambetter

## YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

*Ambetter from Buckeye Health Plan provides quality healthcare solutions that can help you live better. With coverage options from Ambetter, it's easier to take charge of your health.*

Your health is important to us. And you deserve to get the most out of your health insurance plan.

By choosing Ambetter from Buckeye Health Plan, you'll receive affordable, quality healthcare coverage that includes preventive care and whole health services.

And our plans also give you access to valuable programs, educational tools and support. So you can focus on staying healthy.

Our commitment to you goes beyond the doctor's office. Ambetter from Buckeye Health Plan is active in your local community—because we're dedicated to helping you lead a fulfilling life.

To learn more, visit [Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com](http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com).



Ambetter from Buckeye Health Plan is a Qualified Health Plan Issuer in the Ohio Health Insurance Marketplace. Ambetter from Buckeye Health Plan's policies have exclusions, limitations, and terms under which the policy may be continued in force or discontinued. For costs and complete details of the coverage, write us (4349 Easton Way, Suite 400, Columbus, OH 43219) or call us at 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).

This is a solicitation for insurance and the phone numbers listed may connect you with a licensed Ambetter agent. AMBETTER™ is a trademark exclusively owned by Centene Corporation, the parent company of Buckeye Health Plan.

© 2016 Buckeye Health Plan. All rights reserved.



### Comprehensive Medical Care

Complete medical coverage that includes all of your Essential Health Benefits.



### myhealthpays™ Rewards Program

Sign up for our rewards program to earn up to \$365 per year when you take steps to be healthy.



### Prescription Coverage

Get coverage for your medical prescriptions.



### 24/7 Nurse Advice Line

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get medical advice.



### Vision Coverage

Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.



### Optional Adult Dental Coverage

Coverage for services such as teeth cleanings, screenings and exams. Only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.



# Ambetter *my*healthpays™ Rewards Program

Our *my*healthpays™ rewards program helps you earn rewards for taking care of yourself.

You Can Earn  
Up to **\$365**  
Per Year!



Just complete healthy activities, such as your annual wellness exam with your primary care provider (PCP) and earn *my*healthpays™ rewards.

## Use your rewards to help pay for:

- Monthly premium payments
- Doctor copays\*
- Deductibles
- Coinsurance

\* My Health Pays™ rewards cannot be used for pharmacy copays.



Earn your rewards automatically on your My Health Pays™ Visa® Prepaid Card!

You will receive your My Health Pays™ card in the mail when you earn your first reward.



To learn more about *my*healthpays™ rewards, visit [Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com](http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com).

This card is issued by The Bancorp Bank pursuant to a license from Visa U.S.A Inc. The Bancorp Bank; Member FDIC. Card cannot be used everywhere Visa debit cards are accepted. See Cardholder Agreement for complete usage restrictions.

# Ambetter Balanced Care 1 (2017)

## + Vision & Adult Dental (Silver Level)

|                                     |                                                                                                             |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medical Annual Deductible           | <b>Individual:</b> \$5,500; <b>Family:</b> \$11,000                                                         |
| Medical Coinsurance                 | 20% Coinsurance                                                                                             |
| Prescription Drug Annual Deductible | <b>Individual:</b> Integrated with medical deductible;<br><b>Family:</b> Integrated with medical deductible |
| Prescription Drug Coinsurance       | Integrated with medical coinsurance                                                                         |
| Maximum Annual Out-of-pocket        | <b>Individual:</b> \$6,500; <b>Family:</b> \$13,000                                                         |

**Covered benefits are for In-network providers only.** To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at [Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com](http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com) and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter from Buckeye Health Plan online directory are in-network.

| Emergency Services                                 | Your Cost (In-Network Providers only) | Out-of-Network                   | Subject to Deductible |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Emergency Room Services                            | 20% Coinsurance after deductible      | 20% Coinsurance after deductible | Yes                   |
| Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground) | 20% Coinsurance after deductible      | 20% Coinsurance after deductible | Yes                   |
| Urgent Care                                        | \$100 Copay                           | Not covered                      | No                    |

### Provider Services

|                                                                 |                                  |             |     |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------|-----|
| Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby              | No charge                        | Not covered | No  |
| Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity  | \$30 Copay                       | Not covered | No  |
| Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care) | \$60 Copay                       | Not covered | No  |
| Imaging (CT/PET Scans, MRIs)                                    | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |
| X-rays & Diagnostic Imaging                                     | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |

### Inpatient & Outpatient Services

|                                                                              |                                  |             |     |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------|-----|
| Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity) | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |
| Inpatient Hospital Physician & Surgical Services                             | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |
| Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)                     | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |
| Outpatient Surgery Physician/Surgical Services                               | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |
| Laboratory Outpatient & Professional Services                                | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |

### Other Medical Services

|                                                                                         |                                  |             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------|-----|
| Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services                   | \$30 Copay                       | Not covered | No  |
| Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy) | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |
| Skilled Nursing Facility                                                                | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |

### Pediatric Vision

|                                      |              |             |    |
|--------------------------------------|--------------|-------------|----|
| Routine Eye Exam (1 visit per year)  | 100% Covered | Not covered | No |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year) | 100% Covered | Not covered | No |
| Lenses (per pair)                    | 100% Covered | Not covered | No |

### Prescription Drugs

|                           |                                  |             |     |
|---------------------------|----------------------------------|-------------|-----|
| Generics*                 | \$10 Copay                       | Not covered | No  |
| Preferred Brand Drugs     | \$50 Copay                       | Not covered | No  |
| Non-preferred Brand Drugs | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |
| Specialty Drugs           | 20% Coinsurance after deductible | Not covered | Yes |

\*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.  
Information shown represents a Standard Cost Share Plan. Our plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state and are for in-network providers only. For comprehensive benefit detail, members should review their Evidence of Coverage and Schedule of Benefits prior to receiving services. Exclusions and limitations may apply.

For help understanding the terms used above, see the Words to Know page on [Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com](http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com).

# Ambetter Balanced Care 1 (2017)

+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)

| <b>Pediatric Vision</b> (Up to 19 years of age)       | <b>Your Cost</b> (In-Network Providers only) | <b>Out-of-network</b> | <b>Subject to Deductible</b> |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Exams and Eyewear:                                    |                                              |                       |                              |
| Routine Eye Exam (1 visit per year)                   | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year)                  | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Lenses (per pair):                                    |                                              |                       |                              |
| Single                                                | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Bifocal                                               | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Trifocal                                              | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Lenticular                                            | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Contact Lenses:                                       |                                              |                       |                              |
| Contact lenses (in lieu of glasses)                   | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Contact lens fitting                                  | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Specialty lens fitting                                | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| <b>Adult Vision</b> (Ages 19 years of age and older*) | <b>Your Cost</b> (In-Network Providers only) | <b>Out-of-network</b> | <b>Subject to Deductible</b> |
| Exams and Eyewear:                                    |                                              |                       |                              |
| Routine Eye Exam (1 visit per year)                   | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year)                  | Covered up to \$130                          | Not covered           | No                           |
| Lenses (per pair):                                    |                                              |                       |                              |
| Single                                                | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Bifocal                                               | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Trifocal                                              | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Lenticular                                            | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Contact Lenses:                                       |                                              |                       |                              |
| Contact lenses (in lieu of glasses)                   | Covered up to \$130                          | Not covered           | No                           |
| Contact lens fitting                                  | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Specialty lens fitting                                | Covered up to \$50                           | Not covered           | No                           |

\*Adult routine vision does not apply to plan maximum.

# Ambetter Balanced Care 1 (2017)

+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)

**Adult Dental\*** (Ages 19 years of age and older, does not include Pediatric Dental Coverage)

Annual Maximum Dental Benefit\*\* \$1,000 per covered person per calendar year

| <b>Routine Dental</b> (Class 1)                            | <b>Your Cost</b><br>(In-Network Providers only) | <b>Out-of-network</b> | <b>Subject to Deductible</b> |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Routine Oral Exam (1 per 6 months)                         | No charge, subject to Annual Maximum            | Not covered           | No                           |
| Routine Cleaning (1 per 6 months)                          | No charge, subject to Annual Maximum            | Not covered           | No                           |
| Bite-wing X-ray (1 per 12 months)                          | No charge, subject to Annual Maximum            | Not covered           | No                           |
| Full Mouth X-ray (1 per 60 months)                         | No charge, subject to Annual Maximum            | Not covered           | No                           |
| Panoramic Film (1 per 60 months)                           | No charge, subject to Annual Maximum            | Not covered           | No                           |
| Topical Fluoride Application (2 per 12 months)             | No charge, subject to Annual Maximum            | Not covered           | No                           |
| Palliative Treatment for relief of pain (minor procedures) | No charge, subject to Annual Maximum            | Not covered           | No                           |

| <b>Basic Dental</b> (Class 2)                                       | <b>Your Cost</b><br>(In-Network Providers only) | <b>Out-of-network</b> | <b>Subject to Deductible</b> |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Basic Services:                                                     |                                                 |                       |                              |
| Silver Fillings (1 per 2 years)                                     | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Tooth Colored Fillings (1 per 2 years, front teeth only)            | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Endodontics:                                                        |                                                 |                       |                              |
| Therapeutic Pulpotomy on permanent teeth (1 per lifetime per tooth) | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Periodontics:                                                       |                                                 |                       |                              |
| Scaling & Root Planning (1 per 24 months)                           | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Periodontal Maintenance (4 in 12 months)                            | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Oral Surgery:                                                       |                                                 |                       |                              |
| Simple Extractions                                                  | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Surgical Extractions                                                | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Removal of Impacted Teeth                                           | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Alveoloplasty                                                       | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Prosthodontics:                                                     |                                                 |                       |                              |
| Relines (1 per 36 months)                                           | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Rebase (1 per 36 months)                                            | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Adjustments                                                         | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |
| Repairs                                                             | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum      | Not covered           | No                           |

\*If you require coverage for Pediatric Dental please shop on the Health Insurance Marketplace for a stand alone dental plan.

\*\*Dental Annual Maximum Benefit does not apply toward any other maximums.

### Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Buckeye Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Ambetter from Buckeye Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter from Buckeye Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Ambetter from Buckeye Health Plan at 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).

If you believe that Ambetter from Buckeye Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Buckeye Health Plan at the Appeals Unit, 4349 Easton Way, Suite 400, Columbus, OH 43219, 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236), Fax 1-866-719-5404. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Ambetter from Buckeye Health Plan is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



# Ambetter

## SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

*Ambetter de Buckeye Health Plan brinda soluciones de atención médica de calidad que pueden ayudarle a vivir mejor. Con las opciones de cobertura de Ambetter, es más fácil hacerse cargo de su salud.*

Su salud es importante para nosotros. Y usted merece aprovechar al máximo su plan de seguro de salud.

Al elegir Ambetter de Buckeye Health Plan, usted recibirá cobertura de atención médica asequible y de calidad que incluye atención preventiva y servicios de salud completos. Y nuestros planes también le dan acceso a programas valiosos, herramientas educativas y apoyo. Para que se pueda concentrar en permanecer sano.

Nuestro compromiso con usted va más allá del consultorio del médico. Ambetter de Buckeye Health Plan es activo en su comunidad local—porque estamos dedicados a ayudarle a llevar una vida plena.

**Para obtener más información, visite [Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com](http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com).**



Ambetter de Buckeye Health Plan es un Plan de salud Autorizado que ofrece planes de salud en el Mercado de Seguros de salud de Ohio. Las pólizas de Ambetter de Buckeye Health Plan tienen exclusiones, limitaciones y términos bajo los cuales la póliza se puede continuar en vigor o discontinuarse. Para los costos y los detalles completos de la cobertura, escríbanos a (4349 Easton Way, Suite 400, Columbus, OH 43219) o llámenos al 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).

Esta es una publicidad para la venta de seguros y los números telefónicos que se muestran pueden conectarlo(a) con un agente autorizado de Ambetter. AMBETTER™ es una marca registrada de propiedad exclusiva de Centene Corporation, la empresa matriz de Buckeye Health Plan.

© 2016 Buckeye Health Plan. Todos los derechos reservados.



### Atención médica completa

Cobertura médica completa que incluye todos sus Beneficios de salud esenciales.



### Programa de recompensas *myhealthpays*™

Inscríbase en nuestro programa de recompensas para ganar hasta \$365 por año cuando toma medidas para estar sano.



### Cobertura de medicamentos recetados

Obtenga cobertura para sus recetas médicas.



### Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7

Llame y hable con un enfermero titulado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.



### Cobertura de la vista

Cobertura pediátrica para servicios como por ejemplo exámenes de los ojos y anteojos con medida. La cobertura opcional de la vista para adultos solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.



### Cobertura dental opcional para adultos

Cobertura para servicios como por ejemplo limpiezas dentales, evaluaciones y exámenes. Solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.



# Programa de recompensas *my*healthpays™ de Ambetter

Nuestro programa de recompensas *my*healthpays™ le ayuda a ganar recompensas por cuidarse.

¡Puede ganar hasta **\$365** por año!



Simplemente complete actividades saludables, como su examen de bienestar anual con su proveedor de atención primaria (PCP) y gane recompensas de *my*healthpays™.

## Use sus recompensas para ayudar a pagar por:

- Pagos de la prima mensual
- Copagos de médicos\*
- Deducibles
- Coseguro

\* Las recompensas de My Health Pays™ no se pueden usar para copagos de farmacia.



¡Gane sus recompensas automáticamente en su Tarjeta Prepagada Visa® de My Health Pays™!

Usted recibirá su tarjeta de My Health Pays™ en el correo cuando gane su primera recompensa.



Para obtener más información sobre las recompensas de *my*healthpays™ visite [Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com](http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com).

Esta tarjeta la emite The Bancorp Bank de acuerdo con una licencia de Visa U.S.A. Inc. The Bancorp Bank; Miembro FDIC. La tarjeta no se puede usar en todos los lugares donde se aceptan tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo de Tarjeta para ver las restricciones completas de uso.

Controles del idioma inglés. Esta traducción se provee para su conveniencia. Los significados de términos, condiciones y representaciones contenidas en este material están sujetos a definiciones e interpretaciones del idioma inglés. Es posible que la traducción no represente precisamente la información original en inglés.

# Ambetter Balanced Care 1 (2017)

+ Vista y dental para adultos (nivel de plata)

|                                             |                                                                                                             |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible médico anual                      | <b>Individual:</b> \$5,500; <b>Familiar:</b> \$11,000                                                       |
| Coseguro médico                             | Coseguro del 20%                                                                                            |
| Deducible anual para medicamentos recetados | <b>Individual:</b> Integrado con el deducible médico;<br><b>Familiar:</b> Integrado con el deducible médico |
| Coseguro para medicamentos recetados        | Integrado con el coseguro médico                                                                            |
| Máximo anual de su propio bolsillo          | <b>Individual:</b> \$6,500; <b>Familiar:</b> \$13,000                                                       |

**Los beneficios cubiertos son solo para proveedores dentro de la red.** Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en [Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com](http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com) y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter from Buckeye Health Plan están dentro de la red.

| Servicios de emergencia                                 | Su costo<br>(solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red                        | Sujeto a deducible |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|
| Servicios en la sala de emergencia                      | Coseguro del 20% después del deducible          | Coseguro del 20% después del deducible | Sí                 |
| Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre) | Coseguro del 20% después del deducible          | Coseguro del 20% después del deducible | Sí                 |
| Atención médica de urgencia                             | Copago de \$100                                 | No están cubiertos                     | No                 |

## Servicios de proveedores

|                                                                                    |                                        |                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|----|
| Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano          | Sin costo                              | No están cubiertos | No |
| Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad | Copago de \$30                         | No están cubiertos | No |
| Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)     | Copago de \$60                         | No están cubiertos | No |
| Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)                                                | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |
| Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas                                  | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |

## Servicios para pacientes internados y ambulatorios

|                                                                                                             |                                        |                    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|----|
| Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)  | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |
| Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado                                    | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |
| Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios) | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |
| Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos                                                       | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |
| Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales                                           | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |

## Otros servicios médicos

|                                                                                                                |                                        |                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|----|
| Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias | Copago de \$30                         | No están cubiertos | No |
| Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)      | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |
| Institución de enfermería especializada                                                                        | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |

## Vista pediátrica

|                                                 |               |                    |    |
|-------------------------------------------------|---------------|--------------------|----|
| Examen de los ojos de rutina (1 visita por año) | Cubierto 100% | No están cubiertos | No |
| Anteojos (monturas, 1 artículo por año)         | Cubierto 100% | No están cubiertos | No |
| Lentes (por par)                                | Cubierto 100% | No están cubiertos | No |

## Medicamentos recetados

|                                     |                                        |                    |    |
|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|----|
| Genéricos*                          | Copago de \$10                         | No están cubiertos | No |
| Medicamentos de marca preferidos    | Copago de \$50                         | No están cubiertos | No |
| Medicamentos de marca no preferidos | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |
| Medicamentos especializados         | Coseguro del 20% después del deducible | No están cubiertos | Sí |

\*Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad.

La información que se muestra representa un Plan de costo compartido estándar. Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado y son solo para proveedores dentro de la red. Para obtener detalles completos sobre beneficios, los miembros deberían revisar su Evidencia de cobertura y Lista de beneficios antes de recibir servicios. Puede haber exclusiones y limitaciones.

Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Palabras que se deben conocer en [Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com](http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com).

**Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com • 1-877-687-1189 (TDD/TTY: 877-941-9236)**

# Ambetter Balanced Care 1 (2017)

+ **Vista y dental para adultos** (nivel de plata)

| <b>Vista pediátrica</b> (hasta los 19 años de edad) | <b>Su costo</b> (solo Proveedores dentro de la red) | <b>Fuera de la red</b> | <b>Sujeto a deducible</b> |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Exámenes y anteojos:                                |                                                     |                        |                           |
| Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)     | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Anteojos (monturas) (1 artículo por año)            | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lentes (por par):                                   |                                                     |                        |                           |
| Simple                                              | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Bifocal                                             | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Trifocal                                            | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lenticular                                          | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lentes de contacto:                                 |                                                     |                        |                           |
| Lentes de contacto (en lugar de anteojos)           | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Ajuste de lentes de contacto                        | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Ajuste de lentes especializados                     | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |

| <b>Vista para adultos</b> (19 años de edad y mayores*) | <b>Su costo</b> (solo Proveedores dentro de la red) | <b>Fuera de la red</b> | <b>Sujeto a deducible</b> |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Exámenes y anteojos:                                   |                                                     |                        |                           |
| Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)        | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Anteojos (monturas) (1 artículo por año)               | Cubierto hasta \$130                                | No están cubiertos     | No                        |
| Lentes (por par):                                      |                                                     |                        |                           |
| Simple                                                 | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Bifocal                                                | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Trifocal                                               | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lenticular                                             | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lentes de contacto:                                    |                                                     |                        |                           |
| Lentes de contacto (en lugar de anteojos)              | Cubierto hasta \$130                                | No están cubiertos     | No                        |
| Ajuste de lentes de contacto                           | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Ajuste de lentes especializados                        | Cubierto hasta \$50                                 | No están cubiertos     | No                        |

\*El cuidado de la vista de rutina para adultos no aplica al máximo del plan.

# Ambetter Balanced Care 1 (2017)

+ **Vista y dental para adultos** (nivel de plata)

**Dental para adultos\*** (19 años de edad y mayores, no incluye cobertura dental pediátrica)

Beneficio dental anual máximo\*\* \$1,000 por persona cubierta por año del calendario

| Dental rutina (Clase 1)                                              | Su costo<br>(solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    | Sujeto a deducible |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Examen oral de rutina (1 por 6 meses)                                | Sin cargo, sujeto al máximo anual               | No están cubiertos | No                 |
| Limpieza de rutina (1 por 6 meses)                                   | Sin cargo, sujeto al máximo anual               | No están cubiertos | No                 |
| Radiografía con aleta mordida (1 por 12 meses)                       | Sin cargo, sujeto al máximo anual               | No están cubiertos | No                 |
| Radiografía completa de la boca (1 por 60 meses)                     | Sin cargo, sujeto al máximo anual               | No están cubiertos | No                 |
| Película panorámica (1 por 60 meses)                                 | Sin cargo, sujeto al máximo anual               | No están cubiertos | No                 |
| Aplicación tópica de flúor (2 por 12 meses)                          | Sin cargo, sujeto al máximo anual               | No están cubiertos | No                 |
| Tratamiento paliativo para alivio del dolor (procedimientos menores) | Sin cargo, sujeto al máximo anual               | No están cubiertos | No                 |

| Dental básico (Clase 2)                                                       | Su costo<br>(solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    | Sujeto a deducible |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Servicios básicos:                                                            |                                                 |                    |                    |
| Empastes de plata (1 por 2 años)                                              | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Empastes de color del diente (1 por 2 años, solo para dientes delanteros)     | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Endodoncia:                                                                   |                                                 |                    |                    |
| Pulpotomía terapéutica en dientes permanentes (1 por toda la vida por diente) | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Periodoncia:                                                                  |                                                 |                    |                    |
| Eliminación profunda del sarro y alisado radicular (1 por 24 meses)           | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Mantenimiento periodontico (4 en 12 meses)                                    | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Cirugía oral:                                                                 |                                                 |                    |                    |
| Extracciones simples                                                          | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Extracciones quirúrgicas                                                      | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Extracción de dientes impactados                                              | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Alveoplastia                                                                  | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Prostodoncia:                                                                 |                                                 |                    |                    |
| Recubrimientos (1 por 36 meses)                                               | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Rebasados (1 por 36 meses)                                                    | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Ajustes                                                                       | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |
| Reparaciones                                                                  | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual        | No están cubiertos | No                 |

\*Si requiere cobertura dental pediátrica busque un plan dental independiente en el mercado de seguros de salud.

\*\*El beneficio dental máximo anual no aplica a ningún otro máximo..

### Declaración de no discriminación

Ambetter de Buckeye Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Buckeye Health Plan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Buckeye Health Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Buckeye Health Plan a 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).

Si considera que Ambetter de Buckeye Health Plan no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Buckeye Health Plan at the Appeals Unit, 4349 Easton Way, Suite 400, Columbus, OH 43219, 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236), Fax 1-866-719-5404. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Buckeye Health Plan está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>            | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Buckeye Health Plan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).                                                            |
| <b>Chinese:</b>            | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Buckeye Health Plan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236)。                                                                                                                                                                                      |
| <b>German:</b>             | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Buckeye Health Plan hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236) an.                                   |
| <b>Arabic:</b>             | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Buckeye Health Plan، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).                                                                                                     |
| <b>Pennsylvania Dutch:</b> | Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich Ambetter from Buckeye Health Plan, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kaw! 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).                                      |
| <b>Russian:</b>            | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Buckeye Health Plan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236). |
| <b>French:</b>             | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Buckeye Health Plan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).                                      |
| <b>Vietnamese:</b>         | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Buckeye Health Plan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).                                                    |
| <b>Cushite:</b>            | Yoo sii ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Buckeye Health Plan gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana wajjin dubadhuu, 1-877-687-1189 irra bilbilli (TTY/TDD 1-877-941-9236).                                                            |
| <b>Korean:</b>             | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Buckeye Health Plan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236)로 전화하십시오.                                                                                                                              |
| <b>Italian:</b>            | Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su Ambetter from Buckeye Health Plan, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami l'1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).                                                        |
| <b>Japanese:</b>           | Ambetter from Buckeye Health Plan について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236)までお電話ください。                                                                                                                                                                          |
| <b>Dutch:</b>              | Als u of iemand die u helpt vragen heeft over Ambetter from Buckeye Health Plan, hebt u recht op gratis hulp en informatie in uw taal. Bel 1-877-687-1189 (TTY/TDD (teksttelefoon) 1-877-941-9236) om met een tolk te spreken.                                                                                               |
| <b>Ukrainian:</b>          | В разі виникнення у вас або особи, якій ви допомагаєте, будь-яких запитань щодо програми страхування Ambetter from Buckeye Health Plan ви маєте право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на своїй рідній мові. Щоб поговорити з перекладачем, зателефонуйте за номером 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).     |
| <b>Romanian:</b>           | Dacă dvs. sau o persoană pe care o asistați are întrebări despre Ambetter from Buckeye Health Plan, aveți dreptul să obțineți asistență și informații în limba dvs. în mod gratuit. Pentru a vorbi cu un interpret, apelați 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).                                                         |