

## Free PCP Visits + Vision

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre el plan y los precios

**Duración de la póliza:** 01/01/2016 - 12/31/2016

**Cobertura de:** individual/familiar | **Tipo de plan:** HMO



**Éste es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en <http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com> o llamando al 877-687-1189, TTY/TDD 877-941-9236

| Preguntas importantes                                                                  | Respuestas                                                                                                                    | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué es el <b>deducible</b> general?                                                   | \$0                                                                                                                           | Consulte el cuadro que comienza en la página 2 sus costos de los servicios que cubre este plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?                               | No                                                                                                                            | Usted no tiene que pagar <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?                                         | No                                                                                                                            | No hay un límite para la cantidad que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos, durante la duración de la cobertura de la póliza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> ? | Primas, gastos facturados por el equilibrio y servicios fuera de la red este plan no cubre.                                   | Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Hay un <b>límite anual</b> general para lo que paga el plan?                          | No                                                                                                                            | El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Tiene este plan una <b>red de proveedores</b> ?                                       | Sí. Ver <a href="#">Encuentre un Proveedor</a> o llame al 1-877-687-1189 para obtener una lista de proveedores participantes. | Si usted se atiende con médicos y <b>proveedores</b> de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún <b>proveedor</b> que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como <b>perteneciente a la red</b> , <b>preferido</b> o <b>participante</b> para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos <b>proveedores</b> . |
| ¿Necesito un referido para ver un <b>especialista</b> ?                                | No, no necesitas una remisión a un especialista.                                                                              | Usted puede consultar a cualquier <b>especialista</b> y no necesita un permiso del plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**Preguntas** Llame al 877-687-1189, TTY/TDD 877-941-9236 o visite <http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com>.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llame al 877-687-1189, TTY/TDD 877-941-9236 y pida una copia.

SBC-41047OH0020021-02

| Preguntas importantes                        | Respuestas | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra? | Sí         | Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 4. Para averiguar cuáles son los <b>servicios excluidos</b> , vea los documentos del plan o póliza. |



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

| Evento médico común                                            | Servicios que necesite                                              | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones y Excepciones    |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|
| Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico | Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | -----Ninguno-----             |
|                                                                | Consulta con un especialista                                        | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa. |
|                                                                | Consulta con otro proveedor de la salud                             | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | -----Ninguno-----             |
|                                                                | Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas                          | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | -----Ninguno-----             |
| Si tiene que hacerse un examen                                 | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)          | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa. |
|                                                                | Imágenes (CT/PET scan, MRI)                                         | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa. |

| Evento médico común                                                                                                                                               | Servicios que necesite                                               | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones y Excepciones                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Si necesita un medicamento</b><br><br>Para más información sobre la <b>cobertura de medicamentos</b> visite <a href="#">Lista de Medicamentos Preferidos</a> . | Medicamentos genéricos                                               | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | -----Ninguno-----                                               |
|                                                                                                                                                                   | Medicamentos de marca preferidos                                     | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
|                                                                                                                                                                   | Medicamentos de marca no preferidos                                  | No hay costo                                      | No está cubierto                                 |                                                                 |
|                                                                                                                                                                   | Medicamentos especiales                                              | No hay costo                                      | No está cubierto                                 |                                                                 |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                        | Arancel del centro (clínica)                                         | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
|                                                                                                                                                                   | Tarifa del médico/cirujano                                           | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
| <b>Si necesita atención inmediata</b>                                                                                                                             | Servicios de la sala de emergencias                                  | No hay costo                                      | No hay costo                                     | -----Ninguno-----                                               |
|                                                                                                                                                                   | Traslado médico de emergencia                                        | No hay costo                                      | No hay costo                                     | -----Ninguno-----                                               |
|                                                                                                                                                                   | Cuidado urgente                                                      | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | -----Ninguno-----                                               |
| <b>Si lo admiten al hospital</b>                                                                                                                                  | Arancel del hospital (habitación)                                    | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
|                                                                                                                                                                   | Tarifa del médico/cirujano                                           | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
| <b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>                                                                                     | Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta              | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
|                                                                                                                                                                   | Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
|                                                                                                                                                                   | Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias                  | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
|                                                                                                                                                                   | Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados    | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                                                                                         | Cuidados prenatales y post parto                                     | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                   |
|                                                                                                                                                                   | Parto y todos los servicios de internación                           | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Es necesaria la aprobación previa. estancia mínima de 48 horas. |

| Evento médico común                                                         | Servicios que necesite                       | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones y Excepciones                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b> | Cuidado de la salud en el hogar              | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa 100 visita(s) por año                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                             | Servicios de rehabilitación                  | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Es necesaria la aprobación previa. 20 visitas por beneficio por año.                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                             | Servicios de recuperación de las habilidades | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Es necesaria la aprobación previa. Niños edades 0-21 trastorno del espectro del w/ autismo: tratamiento ambulatorio de habla y lenguaje y terapia ocupacional de 20 visitas por año por beneficio. Intervención terapéutica clínica ambulatoria de 20 horas por semana. |
|                                                                             | Cuidado de enfermería especializado          | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Es necesaria la aprobación previa. 90 días por año en un centro.                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                             | Equipo médico duradero                       | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                             | Cuidado de hospicio                          | No hay costo                                      | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                 | Examen de la vista                           | Copago por visita \$0                             | No está cubierto                                 | 1 visita(s) por año                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                             | Anteojos                                     | Copago de \$0 / par                               | No está cubierto                                 | 1 artículo(s) por año                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                             | Consulta dental                              | No está cubierto                                  | No está cubierto                                 | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                       |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)      |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidados a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Cuidado dental (adulto)</li> <li>• No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies (no relacionados con el tratamiento de la diabetes)</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |

### Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- |                                                                                     |                                                                              |                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Cuidado de rutina de la vista (adulto)                                            | • Enfermería privada (limitado a 90 visitas por año)                         | • Servicios de aborto (limitado a los servicios que se permite el financiamiento federal) |
| • Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura) | • Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 12 especialistas por año) |                                                                                           |

## Su derecho para continuar con la cobertura

Las leyes federales y estatales pueden brindar una protección que le permiten mantener la cobertura de seguro de salud, siempre y cuando pague su **prima**. Hay excepciones, sin embargo, tal como si:

- Comete fraude
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el Estado
- Si se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar su cobertura, comuníquese con la compañía de seguros en 877-687-1189, TTY/TDD 877-941-9236. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado The Ohio Department of Insurance, 50 W. Town Street Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215, Phone No. (800) 686-1526.

## Su derecho a presentar una queja o una apelación

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: The Ohio Department of Insurance, 50 W. Town Street Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215, Phone No. (800) 686-1526.

## ¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

## ¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

## Servicios de acceso Idioma (Language Access Services)

Inglés (English): For assistance in English, call us at: 877-687-1189, TTY/TDD 877-941-9236

---

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

---

## Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.**

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

| Nacimiento<br>(parto normal)                                                                                                            |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ El proveedor cobra: \$7,540</li><li>▪ El plan paga: \$7,540</li><li>▪ Usted paga: \$0</li></ul> |                |
| <b>Ejemplos de los costos:</b>                                                                                                          |                |
| El costo del hospital (madre)                                                                                                           | \$2,700        |
| Atención de rutina del obstetra                                                                                                         | \$2,100        |
| El costo del hospital (bebe)                                                                                                            | \$900          |
| Anestesia                                                                                                                               | \$900          |
| Análisis de laboratorio                                                                                                                 | \$500          |
| Medicamentos                                                                                                                            | \$200          |
| Radiografías                                                                                                                            | \$200          |
| Vacunas y otros servicios preventivos                                                                                                   | \$40           |
| <b>Total</b>                                                                                                                            | <b>\$7,540</b> |
| <b>Usted paga:</b>                                                                                                                      |                |
| Deducibles                                                                                                                              | \$0            |
| Copagos                                                                                                                                 | \$0            |
| Coseguro                                                                                                                                | \$0            |
| Límites o exclusiones                                                                                                                   | \$0            |
| <b>Total</b>                                                                                                                            | <b>\$0</b>     |

| Control de la diabetes<br>(control rutinario de la enfermedad)                                                                          |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ El proveedor cobra: \$5,400</li><li>▪ El plan paga: \$5,400</li><li>▪ Usted paga: \$0</li></ul> |                |
| <b>Ejemplos de los costos:</b>                                                                                                          |                |
| Medicamentos                                                                                                                            | \$2,900        |
| Equipo médico e insumos                                                                                                                 | \$1,300        |
| Visitas al consultorios y procedimientos médicos                                                                                        | \$700          |
| Educación sobre el cuidado                                                                                                              | \$300          |
| Análisis de laboratorio                                                                                                                 | \$100          |
| Vacunas y otros servicios preventivos                                                                                                   | \$100          |
| <b>Total</b>                                                                                                                            | <b>\$5,400</b> |
| <b>Usted paga:</b>                                                                                                                      |                |
| Deducibles                                                                                                                              | \$0            |
| Copagos                                                                                                                                 | \$0            |
| Coseguro                                                                                                                                | \$0            |
| Límites o exclusiones                                                                                                                   | \$0            |
| <b>Total</b>                                                                                                                            | <b>\$0</b>     |

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

### ¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

### ¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

### ¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✖ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

### ¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✖ **No.** Los ejemplos de cobertura no son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

### ¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✔ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

### ¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✔ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**.

**Preguntas** Llame al 877-687-1189, TTY/TDD 877-941-9236 o visite <http://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com>.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llame al 877-687-1189, TTY/TDD 877-941-9236 y pida una copia.

SBC-41047OH0020021-02