

Ambetter from Buckeye Community Health Plan : Ambetter Balanced Care 1 (2018)

Cobertura de: individual/familiar | Tipo de plan HMO



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita <https://ambetter.BuckeyeHealthPlan.com/2018-brochures.html>, o llamar a 1-877-687-1189 (TTY/TDD: 877-941-9236). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#), u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.http://ambetter.celticarehealthplan.com](http://ambetter.celticarehealthplan.com) o llamar a 877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deductible general?	\$5,500 individual/\$11,000 familia.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta por el monto de deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales deducibles hasta el importe total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general deducible .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible ?	Sí. Medicamentos genéricos y recomendado: atención preventiva , atención primaria, especialistas y visitas de la oficina de atención de urgencia , están cubiertos antes de que su deducible .	
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tienes que cubrir deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para red \$6,500 individuo / \$13,000 la familia. No, para no - proveedores de la red .	El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que el general familia límite de desembolso se ha encontrado.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , gastos saldo de facturación y atención de la salud este plan no cubre.	A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el límite de la hacia fuera-de-bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-877-687-1189 para una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagas menos si usas un proveedor en la red del plan . Usted pagará más si utilizas un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y que su plan paga (balance de facturación). Ten en cuenta, su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de llegar

		a servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puedes ver el <u>especialista</u> que elige sin <u>remisión</u> .



Todos los costos de copago and coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deductible si aplica un deductible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>copago</u> de \$30/visit; no se aplica <u>deducible</u> .	No está cubierto	----Ninguno----
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$60/visit; no se aplica <u>deducible</u> .	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Falta de autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede resultar en negación de pago por el cuidado que de lo contrario podría estar cubierto.
	<u>Atención preventiva/ examen colectivo/</u> vacuna	No hay costo	No está cubierto	----Ninguno----
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en Preferred Drug List	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Venta por menor: \$10 <u>Co-pago</u> por/prescription; Correo: /prescription de <u>Co-pago</u> de \$30; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	Ninguno. Medicamentos se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Venta por menor: \$50 <u>Co-pago</u> por/prescription; Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$150; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	----Ninguno----
	Transporte médico de emergencia	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	----Ninguno----
	Atención de urgencia	<u>Copago</u> de \$100/visit: no aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	----Ninguno----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$30/office visita; no se aplica <u>deducible</u> ; 20% de <u>coaseguro</u> para todos los demás servicios ambulatorios	No está cubierto	Autorización previa necesaria. (PCP y practicante de otras visitas no requieren autorización previa)
	Servicios internos	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$30/visit; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria. <u>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar <u>coaseguro</u> , <u>copago</u> o <u>deducible</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. <u>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar <u>coaseguro</u> , <u>copago</u> o <u>deducible</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. <u>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar <u>coaseguro</u> , <u>copago</u> o <u>deducible</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. 100 visitas por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. 60 visitas por año. ST de PT, OT, limitado a 20 visitas cada uno cardiaco limitado a 36 visitas, pulmonar limitada a 20 visitas excepto si prestados como parte del PT,

Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales				el PT visita límite se aplicará.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Trastorno del espectro autista: tratamiento ambulatorio de habla y lenguaje y terapia ocupacional de 20 consultas por año por beneficio. Intervención terapéutica clínica ambulatoria de 20 horas por semana.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. 90 días por año en un centro.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Copago de \$0/visit; no se aplica deducible	No está cubierto	1 visita al año
	Anteojos para niños	Copago de \$0/item; no se aplica deducible	No está cubierto	1 artículo al año
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos .)		
• Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre) • No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos	• Acupuntura • Cirugía estética • Audífonos • Cuidado de rutina de la vista (adulto)	• Cirugía bariátrica • Cuidado dental (adulto) • Cuidados a largo plazo • Programas de pérdida de peso
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan document.)		
• Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 12 especialistas por año) • Cuidado de los pies de rutina (relacionado al tratamiento de la diabetes)	• Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)	• Enfermería privada (limitado a 90 visitas por año)

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: The Ohio Department of Insurance, 50 W. Town Street Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215, Phone No. (800) 686-1526. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) or [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: The Ohio Department of Insurance, 50 W. Town Street Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215, Phone No. (800) 686-1526

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Si

Si su [plan estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1189, TTY/TDD 1-877-941-9236.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1189, TTY/TDD 1-877-941-9236.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1189, TTY/TDD 1-877-941-9236.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne 1-877-687-1189, TTY/TDD 1-877-941-9236.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

About these Coverage Examples:



Este no es un estimador de costos.. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [proveedores](#) general del [plan](#) \$5,500 \$60
- [Especialista copago](#) 20%
- Hospital (instalaciones) 20%
- [coseguro](#)
- Otro [coseguro](#)

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (atención prenatal)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)
Visita al especialista (anestesia)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$4,100
Copagos	\$400
Coseguro	\$2,000
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,560

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [proveedores](#) general del [plan](#) \$5,500 \$60
- [Especialista copago](#) 20%
- Hospital (instalaciones) 20%
- [coseguro](#)
- Otro [coseguro](#)

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,500
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$3,260

Fractura simple de Mia

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

- El [proveedores](#) general del [plan](#) \$5,500 \$60
- [Especialista copago](#) 20%
- Hospital (instalaciones) 20%
- [coseguro](#)
- Otro [coseguro](#)

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (incluye materiales médicos)
Prueba diagnóstica (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total hipotético \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,300
Copagos	\$200
Coseguro	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,800

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

