



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/2019-brochures.html>, o llamar a 1-877-687-1189 (TTY/TDD: 1-877-941-9236). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos delineados consulte el glosario.

Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-877-687-1189 (TTY/TDD: 1-877-941-9236) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                             | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                        | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?                                    | \$3,700 individual/\$7,400 familia.                                                                                                                                                                                                                                               | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <a href="#">los proveedores</a> hasta por el monto de <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales <a href="#">deducibles</a> hasta el importe total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general <a href="#">deducible</a> .                                                                                      |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?       | Sí. <a href="#">Servicios de atención preventiva</a> , atención primaria, <a href="#">especialistas</a> y visitas de la oficina de <a href="#">atención de urgencia</a> , medicamentos de marca preferida y genéricos están cubiertos antes de que su <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad <a href="#">deducible</a> . Pero puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo-compartido</a> y antes de que su <a href="#">deducible</a> . Ver una lista de los cubiertos <a href="#">servicios preventivos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?             | No.                                                                                                                                                                                                                                                                               | No tienes que cubrir <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">red</a> \$6,300 individuo / \$12,600 la familia. No, para no - <a href="#">proveedores de la red</a> .                                                                                                                                                           | El <a href="#">límite de desembolso</a> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta que el general familia <a href="#">límite de desembolso</a> se ha encontrado.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                            | <a href="#">Primas</a> , gastos <a href="#">saldo de facturación</a> y atención de la salud este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                   | A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el <a href="#">límite de la hacia fuera-de-bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Preguntas importantes                                                                   | Respuestas                                                                                                                     | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Encontrar <a href="#">un proveedor</a> o llame al 1-877-687-1189 para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagas menos si usas un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si utilizas un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo <a href="#">del proveedor</a> y que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">balance de facturación</a> ). Ten en cuenta, su <a href="#">proveedor de red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de llegar a servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                      | No.                                                                                                                            | Puedes ver el <a href="#">especialista</a> que elige sin <a href="#">remisión</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



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<br>(Usted pagará lo mínimo)                            | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | \$25 <a href="#">Copago</a> /visit; no se aplica <a href="#">deducible</a> | No está cubierto                                      | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                |
|                                                                          | Visita al <a href="#">especialista</a>                                             | \$60 <a href="#">Copago</a> /visit; no se aplica <a href="#">deducible</a> | No está cubierto                                      | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                |
|                                                                          | <a href="#">Atención preventiva</a> / <a href="#">examen colectivo</a> / vacuna    | No hay costo                                                               | No está cubierto                                      | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                |
| Si se realiza un examen                                                  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | 20% de <a href="#">Coseguro</a>                                            | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. Obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles. |
|                                                                          | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 20% de <a href="#">Coseguro</a>                                            | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                                                                                          |

| Eventos médicos comunes                                                                                                                                                                                       | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga                                                                                                                    |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                               |                                                                | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                      | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta en lista de medicamentos preferidos</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                               | Venta por menor: \$10 <u>Copago</u> por/prescription; Correo: /prescription de <u>Copago</u> de \$30; no se aplica <u>deducible</u>  | No está cubierto                                      | <u>Medicamentos</u> 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>Copago</u> por/prescription; Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$150; no se aplica <u>deducible</u> | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> 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)                 | 20% de <u>Coseguro</u>                                                                                                               | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> 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. |
|                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)          | 20% de <u>Coseguro</u>                                                                                                               | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> 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. |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>                                                                                                                                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <u>Coseguro</u>                                                                                                               | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                               | Honorarios del médico/cirujano                                 | 20% de <u>Coseguro</u>                                                                                                               | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                                                                                                   |

| Eventos médicos comunes                                          | Servicios que podría necesitar                          | Lo que usted paga                                                                                              |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                                                         | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                        |
| Si necesita atención médica inmediata                            | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>      | 20% de <u>Coseguro</u>                                                                                         | 20% de <u>Coseguro</u>                                | ----Ninguno----                                                                                        |
|                                                                  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>         | 20% de <u>Coseguro</u>                                                                                         | 20% de <u>Coseguro</u>                                | ----Ninguno----                                                                                        |
|                                                                  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                    | \$75 <u>Copago</u> por/visit; no se aplica <u>deducible</u>                                                    | No está cubierto                                      | ----Ninguno----                                                                                        |
| Si le hospitalizan                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 20% de <u>Coseguro</u>                                                                                         | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                  |
|                                                                  | Honorarios del médico/cirujano                          | 20% de <u>Coseguro</u>                                                                                         | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                  |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios                                   | \$25 <u>Copago</u> /office visita; no se aplica <u>deducible</u> ; 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa) |
|                                                                  | Servicios internos                                      | 20% de <u>Coseguro</u>                                                                                         | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                  |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar                     | Lo que usted paga                                        |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |                                                    | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)          | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si está embarazada      | Visitas al consultorio                             | \$25 <u>Copago</u> /visit; no se aplica <u>deducible</u> | No está cubierto                                      | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>Gastos</u> no aplica para <u>servicios de prevención</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <u>coaseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|                         | Servicios de parto profesionales                   | 20% de <u>Coseguro</u>                                   | No está cubierto                                      | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>Gastos</u> no aplica para <u>servicios de prevención</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <u>coaseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|                         | Servicios de instalaciones de partos profesionales | 20% de <u>Coseguro</u>                                   | No está cubierto                                      | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>Gastos</u> no aplica para <u>servicios de prevención</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <u>coaseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |

| Eventos médicos comunes                                                              | Servicios que podría necesitar                                         | Lo que usted paga                               |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      |                                                                        | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | 20% de <u>Coseguro</u>                          | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. 100 visitas por año.                                                                                                                                                    |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | 20% de <u>Coseguro</u>                          | No está cubierto                                      | ST de PT, OT, limitado a 20 visitas cada uno, cardíaca limitada a 36 visitas, pulmonares limitada a 20 visitas excepto si prestados como parte del PT, el PT visita límite se aplicará.                       |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | 20% de <u>Coseguro</u>                          | No está cubierto                                      | 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. |
|                                                                                      | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | 20% de <u>Coseguro</u>                          | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. 90 días por año en un centro.                                                                                                                                           |
|                                                                                      | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | 20% de <u>Coseguro</u>                          | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                                                                                         |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | 20% de <u>Coseguro</u>                          | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                                                                                         |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | Examen de la vista pediátrico                                          | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | 1 visita al año.                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                      | Anteojos para niños                                                    | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | 1 punto por año.                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                      | Chequeo dental pediátrico                                              | No está cubierto                                | No está cubierto                                      | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                             |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <a href="#">plan</a> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .) |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre)</li> <li>• Acupuntura</li> </ul>                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidados a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#) document.)

- |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                       |                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento quiropráctico (limitado a 12 especialistas visitas al año)</li><li>• Cuidado dental (adulto)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos (sólo implantes cocleares)</li><li>• Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermería privada (limitado a 90 visitas por año)</li><li>• Cuidado de rutina de la vista (adulto)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado de los pies de rutina (relacionado al tratamiento de la diabetes)</li></ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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: Ambetter from Buckeye Health Plan at 1-877-687-1189 (TTY/TDD: 1-877-941-9236); 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](http://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 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 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](#).

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 a'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.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



**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](#) \$3,700
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

**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                        | \$3,700        |
| Copagos                            | \$500          |
| Coseguro                           | \$2,000        |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$6,260</b> |

**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](#) \$3,700
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

**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           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$3,260</b> |

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [proveedores](#) general del [plan](#) \$3,700
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

**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            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,800</b> |

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



### 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 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, ennihi 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, apălați 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236).                                                         |