Buckeye Community Health Plan

Cobertura para: Individual/Familiar | Tipo de plan: HMO

CMS Standard Silver: Standard Silver Off Exchange Plan

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, https://ambetter-es.buckeyehealthplan.com/2023-brochures.html o llamar al 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$5,800 por individuo y $11,600 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Visitas al consultorio para servicios de atención preventiva, atención primaria, especialista y de atención de urgencia, exámenes de la vista y anteojos para niños, análisis de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su deducible.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores de la red, $8,900 por individuo y $17,800 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, facturación de saldo, y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.

¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. https://ambetter.buckeyehealthplan.com/findadoc o llame al 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236) para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a 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 lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$40 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad, los deducibles no se aplican.
	Consulta con un especialista	$80 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Cubierto sin límite.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	40% Coseguro para laboratorio y servicios profesionales 40% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 40% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio. El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **https://ambetter.buckeyehealthplan.com/2023formulary**.	Medicamentos genéricos (Nivel1)	Vendedor genérico preferido: $20 Copago / receta; deducible no se aplica Vendedor genérico: $20 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: $40 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al por menor: $80 Copago / receta	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Al por menor: $350 Copago /	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	40% Coseguro	40% Coseguro	Cubierto sin límite.
	Transporte médico de emergencia	40% Coseguro	40% Coseguro	Con cobertura ilimitada. Nota: El transporte de emergencia no requiere autorización

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				previa; sin embargo, todo el transporte que no es de emergencia requiere autorización previa. Si recibe el servicio de un proveedor de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la red, puede ser que se le cobre un saldo.
	Atención de urgencia	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Cubierto sin límite.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$40 Copago / visita de oficina; deducible no se aplica; 40% Coseguro para los demás servicios como paciente ambulatorio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$40 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El costo compartido no aplica a servicios preventivos, tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro, deducible o copago. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago, coseguro o deducible. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	40% Coseguro	No cubierto	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio(a): $40 Copago / ; deducible no se aplica Paciente hospitalizado(a): 40% Coseguro	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Terapia de rehabilitación: Terapia del habla, ocupacional y física limitada a 20 visitas cada una, cardíaca limitada a 36 visitas y pulmonar limitada a 20 visitas por año. Los servicios pueden usarse para la rehabilitación diaria intensiva. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año. Nota: Los límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/de uso de substancias.
	Servicios de habilitación	Paciente ambulatorio(a): $40 Copago / ; deducible no se aplica Paciente hospitalizado(a): 40% Coseguro	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año. Nota: Los

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/de uso de substancias.
	Atención de enfermería especializada	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 90 días al año en un centro de atención.
	Equipo médico duradero	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	40% Coseguro	No cubierto	Podría requerirse autorización previa. Con cobertura sin límite. La atención de relevo está disponible junto con la atención para pacientes desahuciados. Con límite de 14 días al año.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 artículo al año.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Aborto (Excepto en los casos en que la vida de la madre esté en peligro.)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.)
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental (Adulto)
- Audífonos
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Tratamiento de la infertilidad (No está cubierto. Nota: Hay cobertura disponible para el diagnóstico y los servicios requeridos para corregir las causas médicas subyacentes de la infertilidad.)

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cuidado quiropráctico (Limitado a 12 visitas al año.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Servicio de enfermería privada (Limitado a 90 días al año.)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Buckeye Health Plan a 1-877-687-1189 (TTY/TDD 1-877-941-9236); Ohio Department of Insurance, 50 W. Town Street, Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215, Phone No. 1-800-686-1526.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Ohio Department of Insurance, 50 W. Town Street, Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215, Phone No. 1-800-686-1526.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? **No Corresponde**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

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, kwiijigo 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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	**$5,800**
Especialista copago	**$80**
Hospital (establecimiento) coseguro	**40%**
Otro coseguro	**40%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenata*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartidos	
Deducibles	$5,800
Copagos	$50
Coseguro	$1,700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$7,610**

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

El deducible general del plan	**$5,800**
Especialista copago	**$80**
Hospital (establecimiento) coseguro	**40%**
Otro coseguro	**40%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartidos	
Deducibles	$900
Copagos	$1,100
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$2,020**

Fractura simple de Mia
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible general del plan	**$5,800**
Especialista copago	**$80**
Hospital (establecimiento) coseguro	**40%**
Otro coseguro	**40%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartidos	
Deducibles	$2,100
Copagos	$400
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2,500**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Spanish:	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 1-877-941-9236).
Chinese:	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 1-877-941-9236)。
German:	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 1-877-941-9236) an.
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده 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 1-877-941-9236).
Pennsylvania Dutch:	Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich Ambetter from Buckeye Health Plan, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kawl 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).
Russian:	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 1-877-941-9236).
French:	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 1-877-941-9236).
Vietnamese:	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 1-877-941-9236).
Cushite:	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 wajiin dubadhuu, 1-877-687-1189 irra bilbilli (TTY 1-877-941-9236).
Korean:	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 1-877-941-9236)로 전화하십시오.
Italian:	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 1-877-941-9236).
Japanese:	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 1-877-941-9236) までお電話ください。
Dutch:	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 1-877-941-9236) om met een tolk te spreken.
Ukrainian:	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 1-877-941-9236).
Romanian:	Dacă dvs. sau o persoană pe care o asistați are întrebări despre Ambetter from Buckeye Health Plan, aveți dreptul să obțineți asistență și informații în limba dvs. în mod gratuit. Pentru a vorbi cu un interpret, apelați 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).

Declaración de no discriminación

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

Ambetter de Buckeye Health Plan:

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

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

Si cree que Ambetter de Buckeye Health Plan no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Buckeye Health Plan 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 por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Buckeye Health Plan está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,* o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.