



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/2024-brochures.html> o [llamar](#) al 1-877-687-1189 (TTY 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 1-877-941-9236) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | \$700 por individuo y \$1,400 por familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.                                                                                                                                                                            |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Visitas al consultorio para servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , atención primaria, <a href="#">especialista</a> y de <a href="#">atención de urgencia</a> , 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 <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores de la red</a> , \$3,000 por individuo y \$6,000 por familia. No es aplicable a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .                                                                                                                                                                                                        | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                                                                                                            | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?             | Sí.<br><a href="https://ambetter.buckeyehealthplan.com/findadoc">https://ambetter.buckeyehealthplan.com/findadoc</a> o llame al 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236) para una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No.                                                                                                                                                                                                                  | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

 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 <u>proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$20 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                         | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Consulta con un <u>especialista</u>                                           | \$40 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                         | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | <u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas                                | Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                                           | No cubierto                                        | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <u>plan</u> pagará.                                                                                                                                                 |
| Si se realiza un examen                                | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)             | 30% <u>Coseguro</u> para laboratorio y servicios profesionales<br>30% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>30% <u>Coseguro</u> 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.<br><br>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) | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                     | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.buckeyehealthplan.com/2024formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.buckeyehealthplan.com/2024formulary">https://ambetter.buckeyehealthplan.com/2024formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                                                                                             | Vendedor genérico preferido: \$10 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Vendedor genérico: \$10 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> 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 <a href="#">costo compartido</a> de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)                                                                                   | Al por menor: \$20 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                       | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> 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 <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor.                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)                                                                                | Al por menor: \$60 <a href="#">Copago</a> / receta                                                                                                                                                               | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)                                                                       | Al por menor: \$250 <a href="#">Copago</a> / receta                                                                                                                                                              | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                                                    | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                     | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tarifas del médico/cirujano                                                                                                  | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                     | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>                                                                           | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                     | 30% <a href="#">Coseguro</a>                       | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                                                                              | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                     | 30% <a href="#">Coseguro</a>                       | 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 <a href="#">proveedor</a> de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la <a href="#">red</a> , puede ser que se le cobre un saldo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                  | \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                         | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)   | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                           | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                 | Visita al consultorio: \$20 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Para otros servicios ambulatorios: 30% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el <a href="#">Proveedor</a> de Cuidado Primario (PCP) y otras visitas al consultorio del médico no requieren autorización previa). (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados               | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                | \$20 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> 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 <a href="#">costo compartido</a> no aplica a <a href="#">servicios preventivos</a> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> o <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). |
|                                                                                         | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 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 hospitalarios para el nacimiento y el parto | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                              | No cubierto                                        | para <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                              | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 visitas al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Paciente ambulatorio(a):<br>\$20 <a href="#">Copago</a> / visita;<br><a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Paciente hospitalizado(a):<br>30% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a):<br>Puede requerirse autorización previa. Terapia de rehabilitación: la cobertura para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional se limita a 20 visitas cada una; la cobertura de la terapia cardíaca se limita a 36 visitas por año; y la cobertura de la terapia pulmonar se limita a 20 visitas por año. Nota: Los límites no se aplican cuando la terapia se realiza debido a un diagnóstico de trastorno mental o por consumo de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a):<br>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 sustancias. |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de habilitación</a>             | Paciente ambulatorio(a):<br>\$20 <a href="#">Copago</a> / visita;<br><a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Paciente hospitalizado(a):<br>30% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a):<br>Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.<br>Paciente hospitalizado(a):<br>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 sustancias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 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) |                                                                             |
|                                                             | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 30% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 90 días al año. |
|                                                             | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 30% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.       |
|                                                             | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 30% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.       |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 visita al año.                                                 |
|                                                             | Anteojos para niños                                             | Sin costo; <a href="#">deducible</a> 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:

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b> |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto (Excepto en los casos en que la vida de la madre esté en peligro.)</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención a largo plazo</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (Niños)</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |

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

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. La prestación de dólares se aplica a los artículos.)</li><li>• Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de \$1000 por persona.)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado quiropráctico (Limitado a 12 visitas al año)</li><li>• Cuidado rutinario de los pies</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio de enfermería privada (Limitado a 90 días al año)</li><li>• Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> destinadas a descubrir la causa de la infertilidad)</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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 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](http://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 1-877-941-9236).  
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1189 (TTY 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 1-877-941-9236).  
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1189 (TTY 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$700 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$40  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 30%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%   |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 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                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$700          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$20           |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$2,300        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$3,060</b> |

### Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$700 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$40  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 30%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%   |

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                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$700          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$600          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$60           |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,380</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$700 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$40  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 30%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%   |

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                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$700          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$200          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$400          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,300</b> |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>English:</b>            | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Buckeye Health Plan, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).                                                                                                                          |
| <b>Spanish:</b>            | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Buckeye Health Plan y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1189 (TTY 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，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>German:</b>             | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Buckeye Health Plan hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).                                                                                            |
| <b>Arabic:</b>             | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Buckeye Health Plan، ولم تكن بارعا باللغة الإنكليزية، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، ف لديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال ب خدمات الأعضاء ع على 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Pennsylvania Dutch:</b> | Wann du, odder epper wer dir helft, hen Frooge iwwer Ambetter from Buckeye Health Plan, un sin net proficient in Englisch, du hoscht die Recht um Helf zu griege un Information in dei Schprooch mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Wann du, odder epper wer dir helft, hen en Auditory un/odder Sehlich Condition die iss schlecht fer Communication, du hoscht die Recht Auxiliary Aids zu griege un Services mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Fer Iwwersetzung odder Auxiliary Services zu griege, sei so gut un ruff Member Services um 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).                                                                                          |
| <b>Russian:</b>            | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие либо вопросы о программе страхования Ambetter from Buckeye Health Plan, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-877-687-1189 (TTY 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 et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).                                                                 |
| <b>Vietnamese:</b>         | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Buckeye Health Plan và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).                                                                                                                          |
| <b>Cushite:</b>            | Isin, ykn namni biraa isin gargaartan, Ambetter from Buckeye Health Plan gaaffii qabdu yoo ta'ee fiAfaan Ingiliffaa hin beektanu taanan, yeroodhaan afaan barbaaddaniin kaffaltii tokko malee odeeffannoo barbaaddan argachuudhaaf mirga qabdu. Isin, ykn namni isin gargaartan, rakkoo dhageettii fi/ykn agartii kan haasaa keessan irratti dhiibbaa qabu qabdu taanan, gargaarsa dhageettii argachuu fi tajaajiloota kaffaltii malee argachuudhaaf mirga qabdu. Tajaajiloota hiikkaa afaanii fi dhageettii argachuudhaaf, maaloo Tajaajiloota Maamilaa karaa 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236)qunnamaa.                                                                           |
| <b>Korean:</b>             | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Buckeye Health Plan에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1189(TTY 1-877-941-9236)번으로가입자 서비스부에 연락해주시요.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Italian:</b>   | Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter from Buckeye Health Plan e non ha una perfetta padronanza della lingua inglese, ha il diritto di ricevere aiuto e informazioni nella Sua lingua gratuitamente e tempestivamente. Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza presenta una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere servizi ausiliari gratuitamente e tempestivamente. Per ricevere una traduzione o un servizio ausiliario, contatti i Servizi per i membri al numero 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236). |
| <b>Japanese:</b>  | ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Buckeye Health Planについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236)のメンバーサービスにご連絡ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Dutch:</b>     | Als u, of iemand die u helpt, vragen heeft over Ambetter from Buckeye Health Plan en de Engelse taal niet machtig is, hebt u het recht om kosteloos en tijdig hulp en informatie in uw taal te krijgen. Als u, of iemand die u helpt, een auditieve en/of visuele beperking heeft die de communicatie belemmert, hebt u recht om kosteloos en tijdig hulpmiddelen en ondersteuning te ontvangen. Om vertaal of ondersteuningsdiensten te ontvangen, kunt u contact opnemen met Ledenservice via 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).                                                                       |
| <b>Ukrainian:</b> | Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, виникли запитання щодо плану Ambetter from Buckeye Health Plan, але ви чи ця особа не володієте англійською мовою, ви маєте право отримати допомогу та інформацію своєю мовою безкоштовно й своєчасно. Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, є вади слуху або зору, які заважають спілкуванню, ви маєте право отримати допоміжні засоби та послуги безкоштовно й своєчасно. Щоб отримати переклад або додаткові послуги, зв'яжіться зі Службою обслуговування учасників за номером 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).                                    |
| <b>Romanian:</b>  | Dacă dvs. sau cineva pe care îl ajutați aveți întrebări despre Ambetter from Buckeye Health Plan și nu sunteți vorbitor de limba engleză, aveți dreptul să obțineți ajutor și informații în limba dvs. în mod gratuit și în timp util. Dacă dvs. sau cineva pe care îl ajutați aveți o afecțiune auditivă și/sau vizuală care împiedică comunicarea, aveți dreptul să primiți ajutor și servicii auxiliare în mod gratuit și în timp util. Pentru a primi servicii de traducere sau auxiliare, vă rugăm să contactați Servicii pentru membri la 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).                       |

AMB23-OH-C-00057

### Declaración de No Discriminación

Ambetter de Buckeye Health Plan está suscrito por Buckeye Community Health Plan, Inc. que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de Ohio. Esta es una solicitud de seguro y los números de teléfono indicados pueden comunicarlo con un agente autorizado de Ambetter. Buckeye Community Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen (incluido un nivel de inglés limitado y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género o las características sexuales). AMBETTER® es una marca comercial de propiedad exclusiva de Centene Corporation, la compañía matriz de Buckeye Community Health Plan. © 2023 Buckeye Community Health Plan, Inc. Todos los derechos reservados. [Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com](https://www.Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com)

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Buckeye of Ohio y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236). Si considera que Buckeye Community Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen (incluido un nivel de inglés limitado y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género o las características sexuales), comuníquese con [Servicios para Miembros] al 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236). También puede presentar una queja por teléfono al 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236). Para obtener información sobre cómo presentar una queja por discriminación directamente ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., visite el siguiente sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>.