



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención de salud 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, visite <https://ambetter-es.buckeyehealthplan.com/2025-brochures.html> o llame 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 deducible total?	\$8,450 por miembro/\$16,900 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 gasto deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de atención de urgencia y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su deducible (ver información adicional a continuación).	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 atención de proveedores de la red : \$9,200 por miembro/\$18,400 por familia. No se aplica a proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan , estos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación de saldo , multas por no obtener autorización previa para los servicios y atención de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Visite https://ambetter.buckeyehealthplan.com/finadoc o llame al 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236) para obtener 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 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.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una remisión del médico 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 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	Sin cobertura	Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica deducible .
	Consulta con un especialista	\$90 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguno
	Atención preventiva/exámenes /vacunas	Sin cargo; deducible no se aplica	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$50 Copago / visita; deducible no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio 50% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
		50% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio		
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir 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 recetados en https://ambetter.buckeyehealthplan.com/2025formulary .	Medicamentos genéricos	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 Copago / receta; deducible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$30 Copago / receta; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Venta minorista: 45% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Nivel 3: Venta minorista: 45% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de especialidad	Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
				venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	50% Coseguro	50% Coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	50% Coseguro	50% Coseguro	Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.
	Atención de urgencia	\$50 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: \$40 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico).
	Servicios para pacientes hospitalizados	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$40 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos , como

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
				los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 visitas por año.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	50% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Terapia de rehabilitación: terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia se limitan a 20 visitas cada una, terapia cardíaca limitada a 36 visitas y terapia pulmonar limitada a 20 visitas al año. Los servicios pueden utilizarse para rehabilitación intensiva diurna. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.
	Servicios de rehabilitación	Atención ambulatoria: 50% Coseguro Servicios hospitalarios: 50% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Servicios de habilitación	Atención ambulatoria: 50% Coseguro Servicios hospitalarios 50% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.
	Atención de enfermería especializada	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 90 días por año.
	Equipos médicos duraderos	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios para enfermos terminales	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen ocular para niños	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por 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 miembro está en peligro) | • Atención dental (niños) | • Cirugía bariátrica. |
| • Acupuntura | • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Cirugía cosmética. |
| • Atención a largo plazo. | • Audífonos | • Programas para bajar de peso. |

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

- | | | |
|--|--|--|
| • Atención de quiropráctico (limitada a 12 visitas por año) | • Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona). | • Servicio privado de enfermería (limitado a 90 visitas por año) |
| • Atención médica de la vista de rutina (adultos: una consulta y un artículo por año; la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos). | • Cuidado de los pies de rutina. | • Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con pruebas de diagnóstico destinadas a descubrir la causa de la infertilidad) |

Sus derechos de mantener la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Ambetter from Buckeye Health [Plan](#), 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.; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud. 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 ayudarle si tiene un reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) 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](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o 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 de salud](#) 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 tributario para primas](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que sea elegible para recibir un [crédito tributario para primas](#) que le 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](#) de salud. 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	\$8,450
■ Médico especialista copago	\$90
■ Hospital (centro) coseguro	50%
■ Otro coseguro	50%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$8,450
Copagos	\$600
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$9,260

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	\$8,450
■ Médico especialista copago	\$90
■ Hospital (centro) coseguro	50%
■ Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,900
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$4,720

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$8,450
■ Médico especialista copago	\$90
■ Hospital (centro) coseguro	50%
■ Otro coseguro	50%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800

English:	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).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from 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).
Chinese:	如果您或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得幫助和資訊。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)。
German:	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).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Buckeye Health Plan، ولم تكن تجيد التحدث باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت تعاني، أنت أو أي شخص تساعد، من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).
Pennsylvania Dutch:	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 Iwwersetzing odder Auxiliary Services zu griege, sei so gut un ruff Member Services um 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).

Russian:	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 по номеру 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 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 les Services aux membres au 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).
Vietnamese:	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 dịch thuật 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).
Cushite:	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.
Korean:	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. 통역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1189(TTY 1-877-941-9236)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시요.
Italian:	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).

Japanese:	ご自身やあなたが介護している他方、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方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ご利用になるには、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。
Dutch:	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).
Ukrainian:	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).
Romanian:	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 beneficia de servicii de traducere sau de alte servicii auxiliare, vă rugăm să contactați Servicii pentru membri la numărul de telefon: 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).

AMB24-OH-C-00014

Ambetter from Buckeye Health Plan is underwritten by Buckeye Community Health Plan, Inc. which is a Qualified Health Plan issuer in the Ohio Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 Buckeye Community Health Plan, Inc., Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com. If you, or someone you're 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're 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). For more information on your right to receive an Ambetter from Buckeye Health Plan free of discrimination, or your right to receive language, auditory and/or visual assistance services, please visit AmbetterHealth.com and scroll to the bottom of the page.