



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, visite <https://www-es.ambetterhealth.com/en/oh/2026-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 : \$10,150 por miembro/\$20,300 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 . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/oh/findadoc 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 . |
| ¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación . |

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$40 Copago / visita; deducible no se aplica | 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 telemedicina 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/ evaluación /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 | 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. |

| 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) | |
| | | 50% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 50% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | | Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |

| 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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetterhealth.com/en/oh/2026formulary | 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 30 días a través de los servicios de compra por correo. |
| | Medicamentos de especialidad | Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro | Sin cobertura | |
| 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. |

| 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 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 conductual 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 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). |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 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 | |

| 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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 visitas por año. |
| | Servicios de rehabilitación | Atención ambulatoria: \$40 Copago / visita; deducible no se aplica Servicios hospitalarios: 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 cardiaca 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. 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. |
| | Servicios de habilitación | Atención ambulatoria: \$40 Copago / visita; deducible no se aplica 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. |
| | Equipo médico duradero | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Examen de la vista para niños | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Limitado a 1 consulta por año. |

| 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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista | 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](#)).

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la miembro está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (niños) • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. • Cirugía bariátrica. | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética. • 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](#)).

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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). • Atención oftalmológica de rutina (adultos: una consulta, un marco y un par de lentes. la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos). | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (limitado a 1 audífono por oído hipoacúsico, hasta \$2,500 cada 48 meses para miembros de 21 años o menos). • Cuidado de los pies de rutina. | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio privado de enfermería (limitado a 90 visitas por año) • Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con pruebas de diagnóstico destinadas a descubrir la causa de la infertilidad) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Su derecho a continuar con 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 West Town Street, Third Floor - Suite 300, Columbus, Ohio 43215, Phone: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 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 West Town Street, Third Floor - Suite 300, Columbus, Ohio 43215, Phone: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 se aplica

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 [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:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$8,450 |
| Copagos | \$600 |
| Coseguro | \$200 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$9,310 |

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:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$3,900 |
| Copagos | \$800 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| 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:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,100 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,500 |

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



FROM



| | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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). |
| Haitian Creole: | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter from Buckeye Health Plan, epi nou pa mètrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou tande ak/oswa yon pwoblèm pou wè ki pètibe kominikasyon nou, nou gen dwa pou resevwa asistans ak sèvis oksilyè gratis epi nan moman ki apwopriye a. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa sèvis oksilyè yo, tanpri kontakte Sèvis Manm yo nan 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). |
| Nepali: | यदि तपाईं स्वयं वा तपाईंले मदद गरिरहनुभएको कोही व्यक्तिसँग Ambetter from Buckeye Health Plan सँग सम्बन्धित प्रश्नहरू छन् र तपाईं दुवै अंग्रेजीमा निपुण हुनुहुन्न भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै आफ्नो भाषामा मदद र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यदि तपाईं वा तपाईंले मदद गरिरहनुभएको व्यक्तिसँग सञ्चारमा बाधा पुऱ्याउने श्रवण र/वा दृश्यसम्बन्धी समस्या छ भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै सहायक उपकरण र सेवाहरू प्राप्त गर्ने अधिकार छ। अनुवाद वा सहायक सेवाहरू प्राप्त गर्न कृपया 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236) मा सदस्य सेवाहरू लाई सम्पर्क गर्नुहोस्। |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Buckeye Health Plan، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك 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، 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). |
| Somali: | Haddii adiga, ama qof aad caawinaysaa, uu qabo su'aalo ku saabsan Ambetter from Buckeye Health Plan, oo aanu si wanaagsan ugu hadal Ingiriisiga, waxaad xaq u leedahay inaad hesho caawimo iyo macluumaad ah luqaddaada oo aan kharash ahayn iyo wakhti habboon. Haddii adiga, ama qof aad caawinayso, aad qabtaan xaalado maqalka ah iyo/ama araga ah oo xanibta wada xidhiidhka, waxaad xaq u leedahay inaad hesho kaalmada wada xidhiidhka iyo adeegyada oo aan kharash kugu joogin qaab wakhti habboon ah. Si aad u hesho turjumaad iyo adeegyada kaalmada wada xidhiidhka, fadlan la xidhiidh Adeegyada Xubinta lambarka 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236). |

| | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Russian: | <p>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).</p> |
| Swahili: | <p>Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter from Buckeye Health Plan, na huelewi Kiingereza vizuri, una haki ya kupata usaidizi na maelezo kwa lugha yako bila kulipa ada yoyote na kwa wakati faaa. Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana tatizo la kusikia na/au la kuona ambalo linazuia mawasiliano, una haki ya kupata usaidizi na huduma za ziada bila kulipa ada yoyote na kwa wakati unaofaa. Ili kupata huduma za tafsiri au za ziada, tafadhali wasiliana na Huduma kwa Wanachama 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).</p> |
| French: | <p>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).</p> |
| Kinyarwanda: | <p>Niba wowe, cyangwa undi muntu uri gufasha, mufite ibyo mwibaza kuri Ambetter from Buckeye Health Plan, ndetse mukaba mutazi neza icyongereza, Ufite uburenganzira bwo guhabwa ubufasha n'amakuru mu rurimi rwawe nta kiguzi utanze ndetse ku gihe. Niba wowe, cyangwa undi muntu uri gufasha, afite uburwayi mu kumva na/cyangwa kureba bubangamiye itumanaho, ufite uburenganzira bwo guhabwa inyunganirangingo mu kumva na serivisi bijyanye nta kiguzi utanze ndetse ku gihe. Kugira ngo uhabwe ubusemuzi cyangwa serivisi z'inyunganirangingo mu kumva, turagusabye vugana na Serivisi zishinzwe Umunyamuryango kuri 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).</p> |
| Uzbek: | <p>Sizda yoki siz yordam berayotgan kimdirda Ambetter from Buckeye Health Plan haqida savollar tug'ilsa va ingliz tilini yaxshi bilmasangiz, o'z tilingizda bepul va o'z vaqtida yordam hamda axborot olish huquqiga egasiz. Sizda yoki siz yordam berayotgan kimdirda muloqotga xalal beradigan eshitish va/yoki ko'rish muammolari bo'lsa, qo'shimcha yordam va xizmatlardan bepul va o'z vaqtida foydalanish huquqiga egasiz. Tarjima yoki qo'shimcha xizmatlardan foydalanish uchun Mijozlarga xizmat bo'limiga murojaat qiling 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236).</p> |
| Pashtu: | <p>که تاسو، یا هغه څوک چې تاسو ورسره مرسته کوئ، د Ambetter from Buckeye Health Plan په اړه پوښتنې لری، او په انګلیسي ژبه کې مهارت نه لری نو تاسو حق لری چې په خپله ژبه کې وریا او پر وخت مرسته او معلومات ترلاسه کړئ. که تاسو، یا هغه څوک چې تاسو ورسره مرسته کوئ، د اوریدو او/یا د لیدلو ستونزه لری چې د اړیکو مخه نیسي چې تاسو حق لری چې مرستندویه مرستې او خدمات په وریا توګه او په وخت سره ترلاسه کړئ. د ژباړې یا مرستندویه خدماتو ترلاسه کولو لپاره، مهرباني وکړئ د غړو خدماتو سره د 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236) سره اړیکه ټینګه کړئ.</p> |
| Vietnamese: | <p>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).</p> |
| Tigrinya: | <p>ባዕልኻ ወይ ንስኻ እትሕግህ ሰብ ብዛዕባ ኣብ ትሕቲ Ambetter from Buckeye Health Plan ሕቶታት እንተልዮምኹም፣ ግን ከኣ ናይ ቋንቋ ኢንግሊሽ ብቐዳት እንድለኡኡ ዝሕግህኩም ከይኑ፣ ኣገዝን ኣብገራታን ብቐንቐኹም፣ ብናጻን ኣብ ትኽክለኛ እዋንን ክትረኽቡ መሰል ኣለኩም። ባዕልኻ ወይ ንስኻ እትሕግህ ሰብ ክትረዳዳኡ ዝዕንቐፍ ናይ ምስማዕ ወይ ምርኣይ ጸገም እንተልዩኩም፣ ብናጻን ኣብ ሰዓቱን መስምራ/መርኣዩ ኣገዛትን ኣገልግሎታትን ክትረኽቡ መሰል ኣለኩም። ናይ ትርጉም ወይ ምስማዕ/መርኣዩ ኣገዛት ንምርኣብ፣ ብጃኻ ምስ ናይ ኣባላት ኣገልግሎታት ብ 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236) ተራኹብ።</p> |
| Dari: | <p>اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید درباره Ambetter from Buckeye Health Plan سوالات دارید و به زبان انگلیسی مسلط نیستید، حق دارید بصورت رایگان و در زمان مناسب، کمک و معلومات را به زبان خود دریافت کنید. اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید دچار مشکل شنوایی و/یا بینایی هستید که مانع از برقراری ارتباط می شود، این حق را دارید که وسایل و خدمات کمکی را بصورت رایگان و در زمان مناسب دریافت کنید. برای دریافت خدمات ترجمه یا خدمات کمکی، لطفاً با خدمات اعضا به شماره (1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236 تماس بگیرید.</p> |