



**ambetter.**  
**ambetter.**<sup>®</sup>  
*Insured by Celtic*

WITH **SINAI**  
Sinai Health

 **illinicare health.** NETWORK

## YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

*Ambetter Insured by Celtic provides quality healthcare solutions that help residents of Illinois live better. With new Marketplace coverage options from Ambetter Insured by Celtic, it's easier to stay healthy.*

At Ambetter Insured by Celtic, we believe that nothing is more important than your health. We also believe that you deserve to get the most out of your Marketplace health insurance plan.

That's why we make sure our Ambetter plans fit your health needs and your budget. But our focus doesn't stop there. In fact, our commitment to your well-being extends far beyond the doctor's office and into your everyday life. Ambetter

Insured by Celtic is active in your local community—and we're dedicated to helping you live well.

Our Ambetter plans also offer a wide variety of valuable programs, educational tools and support. With Ambetter Insured by Celtic it's easy to stay in charge of your health. And to lead a healthy, fulfilling life.



### Comprehensive Medical Care

Complete medical care that covers all of your Essential Health Benefits.



### My Health Pays™ Program

Earn reward dollars just by staying proactive about your health.



### Integrated Care Management

Get well and stay well with preventive care and whole health services.



### Prescription Coverage

Get coverage for your medical prescriptions.



### 24/7 Nurse Advice Line

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get medical advice.



### Gym Reimbursement Program

Ambetter's gym membership benefits program makes it easier to stay in shape and stay healthy.



### Vision Coverage

Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.



### Optional Adult Dental Coverage

Coverage for services such as teeth cleanings, screenings and exams. Only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.

**To learn more, visit [Ambetter.IlliniCare.com](https://www.Ambetter.IlliniCare.com).**

Ambetter Insured by Celtic is a Qualified Health Plan issuer in the Illinois Health Insurance Marketplace and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation, or health status in the administration of the plan, including enrollment and benefits determinations.

Our provider network includes select hospitals and clinics in your community, plus a broad network of primary care and specialist physicians. Non-emergency services obtained from providers and offices who do not participate in our provider network are not covered. Please consult our Provider Directory for the most up-to-date listing of providers and facilities in our network.



# Extra benefits help you live better

## Take charge with special programs and rewards.



### **My Health Pays™ - Earn up to \$125.**

Ambetter Insured by Celtic rewards your healthy choices through our My Health Pays incentive program. Earn up to \$125 on your My Health Pays card for:

- Completing your online Welcome Survey (\$50)
- Getting your Annual Wellness Exam (\$50)
- Getting your Annual Flu Vaccine (\$25)

Use your card to pay for out-of-pocket costs such as doctor copays, deductibles or monthly premium payments.



### **Gym Membership Benefits**

Ambetter Insured by Celtic's gym membership benefits program makes it easier to stay in shape and stay healthy. With Ambetter, you can:

- Earn \$20 on your My Health Pays card every month you visit the gym of your choice at least eight times.
- Get discounts on gym membership fees at approved locations. We've partnered with gyms and health clubs across the country. Just visit [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com) to find an eligible gym in your area.

**Enroll today! Call 1-855-745-5507 (TDD/TTY: 866-565-8576) or visit [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com). Text ILLINOIS to 36453\***

\* Standard message and data rates may apply. Reply STOP to opt-out. No purchase necessary. We'll text you a few times per month. Terms and Privacy: [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com)

# Ambetter Secure Care 1 (2016)

with 3 Free PCP Visits: Sinai / IlliniCare Health Network (Gold Level)

Medical Annual Deductible	<b>Individual:</b> \$1,000; <b>Family:</b> \$2,000
Medical Coinsurance	20% Coinsurance
Prescription Drug Annual Deductible	<b>Individual:</b> \$500; <b>Family:</b> \$1,000
Prescription Drug Coinsurance	30% Coinsurance
Maximum Annual Out-of-pocket	<b>Individual:</b> \$6,350; <b>Family:</b> \$12,700

**Covered benefits are for In-network providers only.**  
To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com) and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter Insured by Celtic online directory are in-network.

Emergency Services	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Emergency Room Services	\$250 Copay after deductible	\$250 Copay after deductible	Yes
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	20% Coinsurance after deductible	20% Coinsurance after deductible	Yes
Urgent Care	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes

## Provider Services

Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No charge	Not covered	No
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity (3 free visits per person, 4th visit and after are subject to Deductible and Coinsurance.)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
X-rays & Diagnostic Imaging	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes

## Inpatient & Outpatient Services

Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Inpatient Hospital Physician & Surgical Services	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Laboratory Outpatient & Professional Services	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes

## Other Medical Services

Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy)	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Skilled Nursing Facility	20% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes

## Pediatric Vision

Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Not covered	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% Covered	Not covered	No
Lenses (per pair)	100% Covered	Not covered	No

## Prescription Drugs

Generics*	\$10 Copay	Not covered	No
Preferred Brand Drugs	\$25 Copay after prescription drug deductible	Not covered	Yes
Non-preferred Brand Drugs	\$75 Copay after prescription drug deductible	Not covered	Yes
Specialty Drugs	30% Coinsurance after prescription drug deductible	Not covered	Yes

\*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.

Information shown represents a Standard Cost Share Plan. Our plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state and are for in-network providers only. For comprehensive benefit detail, members should review their Evidence of Coverage and Schedule of Benefits prior to receiving services. Exclusions and limitations may apply.

For help understanding the terms used above, see the Words to Know page on [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com).

**Ambetter.IlliniCare.com • 1-855-745-5507 (TDD/TTY: 866-565-8576)**



*Insured by Celtic*

CON LA RED



## SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

*Ambetter Insured by Celtic ofrece soluciones de atención médica de calidad que ayudan a los residentes de Illinois a vivir mejor. Con nuevas opciones de cobertura de Ambetter Insured by Celtic en el Mercado, es más fácil permanecer sano.*

En Ambetter Insured by Celtic, creemos que nada es más importante que su salud. También creemos que usted merece aprovechar al máximo su plan de seguro de salud del Mercado.

Es por eso que nos aseguramos de que nuestros planes de Ambetter se ajusten a sus necesidades de salud y a su presupuesto. Pero nuestro enfoque no para ahí. De hecho, nuestro compromiso con su bienestar se extiende mucho

más allá del consultorio del médico e incluye su vida diaria. Ambetter Insured by Celtic es activo en su comunidad local—y estamos dedicados a ayudarlo a vivir bien.

Nuestros planes de Ambetter también ofrecen una amplia variedad de programas valiosos, herramientas educativas y apoyo. Así que, con Ambetter Insured by Celtic, es fácil permanecer a cargo de su salud. Y llevar una vida sana y plena.



**Atención médica completa** - Atención médica completa que cubre todos sus Beneficios de salud esenciales.



**Programa My Health Pays™** - Gane recompensas en dólares por tan solo permanecer proactivo acerca de su salud.



**Administración integrada de la atención** - Recupere su salud y permanezca sano con atención preventiva y servicios de salud completos.



**Cobertura de medicamentos recetados** - Obtenga cobertura para sus recetas médicas.



**Línea de enfermería 24/7** - Llame y hable con un enfermero titulado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.



**Programa de reembolso para gimnasio** - El programa de beneficios de Ambetter para la membresía de un gimnasio hace más fácil mantenerse en forma y permanecer sano.



**Cobertura para la vista** - Cobertura pediátrica para servicios como por ejemplo exámenes de los ojos y anteojos con receta médica. La cobertura para la vista opcional para adultos solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.



**Cobertura dental opcional para adultos** - Cobertura para servicios como por ejemplo limpiezas dentales, evaluaciones y exámenes. Solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.

**Para obtener más información, visite [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com).**

Ambetter Insured by Celtic es una compañía Autorizada que ofrece Planes de salud calificados en el Mercado de seguros de salud de Illinois y no discrimina en base a raza, color de piel, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluso inscripción y determinaciones de beneficios.

Nuestra red de proveedores incluye exclusivos hospitales y clínicas en su comunidad, más una amplia red de médicos de atención primaria y especialistas. Los servicios que no son de emergencia obtenidos de proveedores y consultorios que no participan en nuestra red de proveedores no están cubiertos. Consulte nuestro Directorio de proveedores para ver la lista más actualizada de proveedores e instalaciones de nuestra red.



# Los beneficios adicionales le ayudan a vivir mejor.

## Hágase cargo con programas especiales y recompensas.



### **My Health Pays™ - Gane hasta \$125.**

Ambetter Insured by Celtic recompensa sus opciones saludables a través de nuestro programa de incentivos My Health Pays. Gane hasta \$125 en su tarjeta de My Health Pays por:

- Completar su Cuestionario de bienvenida en línea (\$50)
- Hacerse su Examen anual de bienestar (\$50)
- Recibir su vacuna antigripal anual (\$25)

Use su tarjeta para pagar por costos de su propio bolsillo como por ejemplo copagos al médico, deducibles o pagos de la prima mensual.



### **Beneficios para membresía de gimnasio**

El programa de beneficios de Ambetter Insured by Celtic para la membresía de un gimnasio hace más fácil mantenerse en forma y permanecer sano. Con Ambetter, usted puede:

- Ganar \$20 en su tarjeta de My Health Pays por cada mes que visite el gimnasio que usted elija, al menos ocho veces.
- Obtener descuentos en cuotas de membresía de gimnasio en lugares aprobados. Simplemente visite [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com) para encontrar un gimnasio elegible en su área.

**¡Inscríbese Hoy! Llame al 1-855-745-5507 (TDD/TTY: 866-565-8576) o visite [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com). Envíe un mensaje con la palabra ILLINOIS al 36453\***

\* Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Responda STOP para no participar. No es necesario hacer una compra. Le enviaremos mensajes unas cuantas veces por mes. Términos y privacidad: [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com)



# Ambetter Secure Care 1 (2016)

con 3 visitas al PCP gratuitas: Sinai / IlliniCare Health Network (nivel de oro)

Deducible médico anual	<b>Individual:</b> \$1,000; <b>Familiar:</b> \$2,000
Coseguro médico	Coseguro del 20%
Deducible anual para medicamentos recetados	<b>Individual:</b> \$500; <b>Familiar:</b> \$1,000
Coseguro para medicamentos recetados	Coseguro del 30%
Máximo anual de su propio bolsillo	<b>Individual:</b> \$6,350; <b>Familiar:</b> \$12,700

**Los beneficios cubiertos son solo para proveedores dentro de la red.** Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com) y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter Insured by Celtic están dentro de la red.

Servicios de emergencia	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Servicios en la sala de emergencia	Copago de \$250 después del deducible	Copago de \$250 después del deducible	Sí
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible	Sí
Atención médica de urgencia	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí

## Servicios de proveedores

Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	No están cubiertos	No
Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad (3 visitas gratuitas por persona, 4.a visita y visitas sucesivas están sujetas al deducible y coseguro.)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí

## Servicios para pacientes internados y ambulatorios

Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí

## Otros servicios médicos

Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí
Institución de enfermería especializada	Coseguro del 20% después del deducible	No están cubiertos	Sí

## Vista pediátrica

Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Anteojos (monturas, 1 artículo por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No
Lentes (por par)	Cubierto 100%	No están cubiertos	No

## Medicamentos recetados

Genéricos*	Copago de \$10	No están cubiertos	No
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$25 después del deducible	No están cubiertos	Sí
Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$75 después del deducible	No están cubiertos	Sí
Medicamentos especializados	Coseguro del 30% después del deducible	No están cubiertos	Sí

\*Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad.

La información que se muestra representa un Plan de costo compartido estándar. Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado y son solo para proveedores dentro de la red. Para obtener detalles completos sobre beneficios, los miembros deberían revisar su Evidencia de cobertura y Lista de beneficios antes de recibir servicios. Puede haber exclusiones y limitaciones.

Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Palabras que se deben conocer en [Ambetter.IlliniCare.com](http://Ambetter.IlliniCare.com).

**Ambetter.IlliniCare.com • 1-855-745-5507 (TDD/TTY: 866-565-8576)**