27833IL0150014-01

ambetter.

FROM illinicare health

Insured by Celtic Insurance Company

Ambetter

YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

Ambetter from IlliniCare Health provides healthcare solutions.

Your health is important to us. And you deserve to get the most out of your health insurance plan.

By choosing Ambetter from IlliniCare Health, you'll receive affordable healthcare coverage that includes preventive care and whole health services. And our plans also give you access to valuable programs, educational tools and support. So you can focus on staying healthy.

Our commitment to you goes beyond the doctor's office. Ambetter from IlliniCare Health is active in your local community—because we're dedicated to helping you lead a fulfilling life.

To learn more, visit Ambetter.IlliniCare.com.

Ambetter Telehealth

Convenient, 24-hour phone or video access to healthcare providers for non-emergency health issues.

Medical Care Services

Medical coverage that includes all of your Essential Health Benefits.

myhealthpays® Rewards Program

Sign up for our rewards program and earn rewards when you take steps to be healthy.

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.

Vision Coverage

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

Optional Adult Dental Coverage

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

Ambetter from IlliniCare Health is a Qualified Health Plan issuer in the Illinois Health Insurance Marketplace. Ambetter from IlliniCare Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This is a solicitation for insurance. Ambetter from IlliniCare Health is insured by Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

AMB19-IL-C-00069-93

Ambetter Balanced Care 14 (2020)

*+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)*

Medical Annual Deductible	**Individual:** $0; **Family:** $0
Medical Coinsurance	50% Coinsurance
Prescription Drug Annual Deductible	**Individual:** Integrated with medical deductible ; **Family:** Integrated with medical deductible
Prescription Drug Coinsurance	50% Coinsurance
Maximum Annual Out-of-pocket	**Individual:** $8,150; **Family:** $16,300

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 and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter from IlliniCare Health online directory are in-network.

Emergency Services	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Emergency Room Services	50% Coinsurance	50% Coinsurance
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	50% Coinsurance	50% Coinsurance
Urgent Care	$60 Copay	Not covered
Provider Services		
Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No charge	Not covered
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity	$45 Copay	Not covered
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	$95 Copay	Not covered
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	50% Coinsurance	Not covered
X-rays & Diagnostic Imaging	50% Coinsurance	Not covered
Diagnostic Test* Lab-work/Other (i.e. EKG, Stress Test)	$45 Copay	Not covered
Inpatient & Outpatient Services		
Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity)	50% Coinsurance	Not covered
Inpatient Hospital Physician & Surgical Services	50% Coinsurance	Not covered
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	50% Coinsurance	Not covered
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	50% Coinsurance	Not covered
Other Medical Services		
Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services	$45 Copay/Office Visit; 50% Coinsurance for all other outpatient services	Not covered
Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy)	50% Coinsurance	Not covered
Pediatric Vision		
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Not covered
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% Covered	Not covered
Lenses (per pair)	100% Covered	Not covered
Prescription Drugs		
Generics*	$36 Copay	Not covered
Preferred Brand Drugs	50% Coinsurance	Not covered
Non-preferred Brand Drugs	50% Coinsurance	Not covered
Specialty Drugs	50% Coinsurance	Not covered

*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 Health Insurance Terms page on Ambetter.IlliniCare.com.

This is a solicitation for insurance. Ambetter from IlliniCare Health is insured by Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

Ambetter Balanced Care 14 (2020)

*+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)*

Pediatric Vision (Up to 19 years of age)	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Exams and Eyewear: Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Not covered
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% Covered	Not covered
Lenses (per pair): Single	100% Covered	Not covered
Bifocal	100% Covered	Not covered
Trifocal	100% Covered	Not covered
Lenticular	100% Covered	Not covered
Contact Lenses: Contact lenses (in lieu of glasses)	100% Covered	Not covered
Contact lens fitting	100% Covered	Not covered
Specialty lens fitting	100% Covered	Not covered

Adult Vision (Ages 19 years of age and older*)	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Exams and Eyewear: Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Not covered
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	Covered up to $130	Not covered
Lenses (per pair): Single	100% Covered	Not covered
Bifocal	100% Covered	Not covered
Trifocal	100% Covered	Not covered
Lenticular	100% Covered	Not covered
Contact Lenses: Contact lenses (in lieu of glasses)	Covered up to $130	Not covered
Contact lens fitting	100% Covered	Not covered
Specialty lens fitting	Covered up to $50	Not covered

*Adult routine vision does not apply to plan maximum.

This is a solicitation for insurance. Ambetter from IlliniCare Health is insured by Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

Ambetter Balanced Care 14 (2020)

*+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)*

Adult Dental* (Ages 19 years of age and older, does not include Pediatric Dental Coverage)	
Annual Maximum Dental Benefit**	$1,000 per covered person per calendar year

Routine Dental (Class 1)	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Routine Oral Exam (1 per 6 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Routine Cleaning (1 per 6 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Bite-wing X-ray (1 per 12 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Full Mouth X-ray (1 per 60 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Panoramic Film (1 per 60 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Topical Fluoride Application (2 per 12 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Palliative Treatment for relief of pain (minor procedures)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered

Basic Dental (Class 2)	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Basic services: Silver Fillings (1 per 2 years)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Tooth Colored Fillings (1 per 2 years, front teeth only)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Endontics: Therapeutic Pulpotomy on permanent teeth (1 per lifetime per tooth)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Periodontics: Scaling & Root Planning (1 per 24 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Periodontal Maintenance (4 in 12 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Oral Surgery: Simple Extractions	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Surgical Extractions	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Removal of Impacted Teeth	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Alveoloplasty	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Prosthodontics: Relines (1 per 36 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Rebase (1 per 36 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Adjustments	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Repairs	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered

*If you require coverage for Pediatric Dental please shop on the Health Insurance Marketplace for a stand alone dental plan.
**Dental Annual Maximum Benefit does not apply toward any other maximums.

This is a solicitation for insurance. Ambetter from IlliniCare Health is insured by Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

Statement of Non-Discrimination

Ambetter from IlliniCare Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Ambetter from IlliniCare Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter from IlliniCare Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Ambetter from IlliniCare Health at 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).

If you believe that Ambetter from IlliniCare Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Ambetter from IlliniCare Health, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 92050, Elk Grove Village, IL 60009-2050, 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431), Fax 1-877-668-2076. You can file a grievance by mail or fax. If you need help filing a grievance, Ambetter from IlliniCare Health is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

This is a solicitation for insurance. Ambetter from IlliniCare Health is insured by Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

27833IL0150014-01

ambetter. DE illinicare health
Insured by Celtic Insurance Company

Ambetter
SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

Ambetter de IlliniCare Health brinda soluciones de atención médica.

Su salud es importante para nosotros. Y usted se merece obtener lo máximo de su plan de seguro de salud.

Al elegir Ambetter de IlliniCare Health, recibirá cobertura de atención médica al alcance de su bolsillo que incluye atención preventiva y servicios de salud integrales. Y también, nuestros planes le brindan acceso a valiosos programas, herramientas educativas y apoyo. Para que pueda enfocarse en mantenerse saludable.

Nuestro compromiso con usted va más allá del consultorio médico. En Ambetter de IlliniCare Health estamos activos en su comunidad local — porque estamos dedicados a ayudarle a gozar de una vida plena.

Para obtener más información, visite Ambetter.IlliniCare.com.

Telesalud de Ambetter
Conveniente acceso las 24 horas por teléfono o video a proveedores de atención médica para tratar asuntos que no son de emergencia.

Servicios de atención médica
Cobertura médica que incluye todos sus beneficios de salud esenciales.

Programa de recompensas myhealthpays®
Inscríbase en nuestro programa de recompensas y gane recompensas por tomar medidas para estar saludable.

Cobertura de medicamentos de venta con receta
Obtenga cobertura para sus medicamentos de venta con receta médica.

Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7
Llame y hable con personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.

Cobertura de la vista
Cobertura pediátrica para servicios como exámenes de los ojos y anteojos graduados de venta con receta. La cobertura opcional de la vista para adultos se ofrece únicamente en algunos planes.

Cobertura dental opcional para adultos
Cobertura para servicios como exámenes, evaluaciones preventivas y limpieza dentales. Sólo se ofrece en algunos planes.

Ambetter de IlliniCare Health es una compañía Autorizada que ofrece Planes de salud calificados en el Mercado de seguros de salud de Illinois. Ambetter de IlliniCare Health cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Esta es publicidad para la venta de seguros. Ambetter de IlliniCare Health está asegurada por Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

AMB19-IL-C-00069-93

Ambetter Balanced Care 14 (2020)

*+ **Vista y Dental para adultos** (Nivel Plata)*

Deducible médico annual	**Individual:** $0; **Familiar:** $0
Coseguro médico	Coseguro del 50%
Deducible anual para medicamentos recetados	**Individual:** Integrado con el deducible médico; **Familiar:** Integrado con el deducible médico
Coseguro para medicamentos recetados	Coseguro del 50%
Máximo anual de su propio bolsillo	**Individual:** $8,150; **Familiar:** $16,300

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 y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter de IlliniCare Health están dentro de la red.

Servicios de emergencia	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Servicios en la sala de emergencia	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Atención médica de urgencia	Copago de $60	No están cubiertos
Servicios de proveedores		
Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	No están cubiertos
Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad y maternidad	Copago de $45	No están cubiertos
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Copago de $95	No están cubiertos
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Coseguro del 50%	No están cubiertos
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Coseguro del 50%	No están cubiertos
Análisis de diagnóstico* Análisis de laboratorio/Otro (es decir, electrocardiograma, prueba de esfuerzo)	Copago de $45	No están cubiertos
Servicios para pacientes internados y ambulatorios		
Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)	Coseguro del 50%	No están cubiertos
Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado	Coseguro del 50%	No están cubiertos
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 50%	No están cubiertos
Médico cirujano/Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios	Coseguro del 50%	No están cubiertos
Otros servicios médicos		
Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Copago de $45 /visita al consultorio; coseguro del 50% para todos los demás servicios como paciente ambulatorio	No están cubiertos
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)	Coseguro del 50%	No están cubiertos
Vista pediátrica		
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos
Anteojos (monturas, 1 artículo por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos
Lentes (por par)	Cubierto 100%	No están cubiertos
Medicamentos recetados		
Genéricos*	Copago de $36	No están cubiertos
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 50%	No están cubiertos
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 50%	No están cubiertos
Medicamentos especializados	Coseguro del 50%	No están cubiertos

* 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 Términos de seguro médico en Ambetter.IlliniCare.com.

Esta es publicidad para la venta de seguros. Ambetter de IlliniCare Health está asegurada por Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

Ambetter Balanced Care 14 (2020)

*+ **Vista y Dental para adultos** (Nivel Plata)*

Vista pediátrica (hasta los 19 años de edad)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Exámenes y anteojos: Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos
Anteojos (monturas, 1 artículo por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos
Lentes (por par): Simples	Cubierto 100%	No están cubiertos
Bifocales	Cubierto 100%	No están cubiertos
Trifocales	Cubierto 100%	No están cubiertos
Lenticulares	Cubierto 100%	No están cubiertos
Lentes de contacto: Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto 100%	No están cubiertos
Ajuste de lentes de contacto	Cubierto 100%	No están cubiertos
Ajuste de lentes especializados	Cubierto 100%	No están cubiertos

Vista para adultos (19 años de edad y mayores*)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Exámenes y anteojos: Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos
Anteojos (monturas, 1 artículo por año)	Cubierto hasta $130	No están cubiertos
Lentes (por par): Simples	Cubierto 100%	No están cubiertos
Bifocales	Cubierto 100%	No están cubiertos
Trifocales	Cubierto 100%	No están cubiertos
Lenticulares	Cubierto 100%	No están cubiertos
Lentes de contacto: Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto hasta $130	No están cubiertos
Ajuste de lentes de contacto	Cubierto 100%	No están cubiertos
Ajuste de lentes especializados	Cubierto hasta $50	No están cubiertos

*El cuidado de la vista de rutina para adultos no aplica al máximo del plan.

Esta es publicidad para la venta de seguros. Ambetter de IlliniCare Health está asegurada por Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

Ambetter Balanced Care 14 (2020)

*+ **Vista y Dental para adultos** (Nivel Plata)*

Dental para adultos* (19 años de edad y mayores, no incluye cobertura dental pediátrica)

Beneficio dental anual máximo**	$1,000 por persona cubierta por año del calendario

Dental rutina (Clase 1)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Examen oral de rutina (1 cada 6 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo annual	No están cubiertos
Limpieza de rutina (1 cada 6 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo annual	No están cubiertos
Radiografía con aleta mordida (1 cada 12 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo annual	No están cubiertos
Radiografía completa de la boca (1 cada 60 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo annual	No están cubiertos
Película panorámica (1 cada 60 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo annual	No están cubiertos
Aplicación tópica de flúor (2 cada 12 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo annual	No están cubiertos
Tratamiento paliativo para alivio del dolor (procedimientos menores)	Sin cargo, sujeto al máximo annual	No están cubiertos

Dental básico (Clase 2)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Servicios básicos: Empastes de plata (1 cada 2 años)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Empastes de color del diente (1 cada 2 años, solo para dientes delanteros)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Endodoncia: Pulpotomía terapéutica en dientes permanentes (1 por toda la vida por diente)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Periodoncia: Elminación profunda del sarro y alisado radicular (1 cada 24 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Mantenimiento periodóntico (4 en 12 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Cirugía oral: Extracciones simples	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Extracciones quirúrgicas	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Extracción de dientes impactados	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Alveoplastía	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Prostodoncia: Recubrimientos (1 cada 36 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Rebases (1 cada 36 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Ajustes	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Reparaciones	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos

*Si requiere cobertura dental pediátrica busque un plan dental independiente en el Mercado de Seguros de Salud.
**El beneficio dental máximo anual no aplica a ningún otro máximo.

Esta es publicidad para la venta de seguros. Ambetter de IlliniCare Health está asegurada por Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

Declaración de no discriminación

Ambetter de IlliniCare Health Corporation cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de IlliniCare Health no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de IlliniCare Health:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de IlliniCare Health a 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).

Si considera que Ambetter de IlliniCare Health no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from IlliniCare Health, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 92050, Elk Grove Village, IL 60009-2050, 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431), Fax 1-855-869-6243. Usted puede presentar una queja por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de IlliniCare Health está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

Esta es publicidad para la venta de seguros. Ambetter de IlliniCare Health está asegurada por Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from IlliniCare Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).
Polish:	Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat Ambetter from IlliniCare Health, macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from IlliniCare Health 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431)。
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from IlliniCare Health 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431) 로 전화하십시오.
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from IlliniCare Health, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from IlliniCare Health ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-855-745- 5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from IlliniCare Health вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).
Gujarati:	જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from IlliniCare Health વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431) ઉપર કૉલ કરો.
Urdu:	اگر Ambetter from IlliniCare Health کے بارے میں آپ، یا جن کی آپ مدد کررہے ہیں ان کے سوالات ہوں تو، آپ کو بلامعاوضہ اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لیے، 1-855-745- 5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431) پر کال کریں۔
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from IlliniCare Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).
Italian:	Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su Ambetter from IlliniCare Health, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami l'1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके , Ambetter from IlliniCare Health के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431) पर कॉल क ।
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d' Ambetter from IlliniCare Health, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).
Greek:	Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε, έχετε ερωτήσεις σχετικά με την Ambetter from IlliniCare Health, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας, χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε με διερμηνέα, καλέστε το 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from IlliniCare Health hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431) an.

Esta es publicidad para la venta de seguros. Ambetter de IlliniCare Health está asegurada por Celtic Insurance Company. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.