El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan **médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita https://ambetter.IlliniCare.com/2019-brochures.html, o llamar a 1-855-745-5507 (TTY/TDD: 1-844-517-3431). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-855-745-5507 (TTY/TDD: 1-844-517-3431) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deductible general?	$1,000 individual/$2,000 familia.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta por el monto de deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales deducibles hasta el importe total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general deducible.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible?	Sí. Servicios de atención preventiva y medicamentos genéricos están cubiertos antes de que su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad deducible . Pero puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo-compartido y antes de que su deducible. Ver una lista de los cubiertos servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deductibles por servicios específicos?	Sí, $500 individuo / $1,000 la familia para cobertura de medicamentos recetados. Hay otros no específicos deducibles.	Usted debe pagar todos los costos para estos servicios hasta por el monto específico deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para red $6,350 individuo / $12,700 la familia. No, para no - proveedores de la red.	El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que el general familia límite de desembolso se ha encontrado.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Las primas y el cuidado de la salud este plan no cubre.	A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el límite de la hacia fuera-de-bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-855-745-5507 para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagas menos si usas un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utilizas 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 que su plan paga (balance de facturación). Ten en cuenta, su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de llegar a servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puedes ver el especialista que elige sin remisión.

Todos los costos de copago and coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deductible si aplica un deductible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de Coseguro	No está cubierto	3 libre visitas por persona, visita el 4 y después sujeto a deducible y coaseguro. Sus 3 visitas gratis se aplican sólo a cargo del proveedor por el servicio de evaluación y gestión. Todos los demás servicios elegibles están sujetos a deducible y coaseguro. Las visitas de oficina libre 3 pueden incluir una combinación de visitas de la oficina del PCP, otro médico, Mental/conductual y trastorno de uso de la sustancia.
	Visita al especialista	20% de Coseguro	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	No hay costo	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en lista de medicamentos preferidos.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Venta por menor: $10 Copago por/prescription; Correo: /prescription de Copagode $30; no se aplica deducible	No está cubierto	Medicamentos se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Venta por menor: $25 Copago por/prescription; Correo: /prescription de Copagode $75; Sujeto a Rx drogas deducible	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. $500 individuo / $1,000 familia Rx drogas deducible por marca preferida, marca no preferidos y medicamentos de especialidad. Medicamentos con receta están previstas hasta 3 días 1 venta por menor y hasta días 90 a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	Venta por menor: $75 Copago/prescription; Correo: /prescription de copagode $225; Sujeto a Rx drogas deducible	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. $500 individuo / $1,000 familia Rx drogas deducible por marca preferida, marca no preferidos y medicamentos de especialidad. Medicamentos con receta están previstas hasta 3 días 1 venta por menor y hasta días 90 a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	30% de Coseguro; Sujeto a Rx drogas deducible	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. $500 individuo / $1,000 familia Rx drogas deducible por marca preferida, marca no preferidos y medicamentos de especialidad. Medicamentos con receta están previstas hasta 3 días 1 venta por menor y hasta días 90 a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$250 de Copago/visit	$250 de Copago/visit	-----Ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	20% de Coseguro	20% de Coseguro	-----Ninguno-----
	Atención de urgencia	20% de Coseguro	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa)
	Servicios internos	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de Coseguro	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, deducible o copago . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	20% de Coseguro	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, deducible o copago . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de Coseguro	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, deducible o copago . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 60 visitas por año. 20 consultas por año por terapia (PT, OT, ST).
	Servicios de habilitación	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializada	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No hay costo	No está cubierto	1 visita al año.
	Anteojos para niños	No hay costo	No está cubierto	1 punto por año.
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre)
- Acupuntura
- Cuidado dental
- Cuidados a largo plazo
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan document.)			
• Cirugía bariátrica • Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 25 especialistas por período de beneficios)	• Cirugía estética (corrección de deformidades congénitas o las condiciones de lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enferm	• Audífonos (dos artículos por tres años) • Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)	• Privado-servicio de enfermería (en forma ambulatoria) • Cuidado de rutina de los pies (para el tratamiento de la diabetes)

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Ambetter from IlliniCare Health at 1-855-745-5507 (TTY/TDD: 1-844-517-3431); Illinois Department of Insurance, 320 W. Washington, 4th Floor, Springfield, IL 62767, Phone No. (217) 782-4515. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo or apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación, o una queja a su plan por cualquier motivo.Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Illinois Department of Insurance, 320 W. Washington, 4th Floor, Springfield, IL 62767, Phone No. (217) 782-4515. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact (877) 527-9431.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?
Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo?
Si su plan estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-745-5507, TTY/TDD 1-844-517-3431.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-745-5507, TTY/TDD 1-844-517-3431.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-745-5507, TTY/TDD 1-844-517-3431.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-745-5507, TTY/TDD 1-844-517-3431.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos.. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El proveedores general del plan $1,000
- Especialista coseguro 20%
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista (atención prenatal)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)
Visita al especialista (anestesia)

Costo total hipotético	**$12,800**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	$1,000
Copagos	$40
Coseguro	$2,500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$3,600**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El proveedores general del plan $1,000
- Especialista coseguro 20%
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético	**$7,400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles*	$1,500
Copagos	$600
Coseguro	$600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	**$2,760**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El proveedores general del plan $1,000
- Especialista coseguro 20%
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias (incluye materiales médicos)
Prueba diagnóstica (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total hipotético	**$1,900**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	$1,000
Copagos	$0
Coseguro	$400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,400**

*Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte '¿Hay otros deductibles para servicios específicos?' fila arriba

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Declaración de no discriminación

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. 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 1-877-668-2076, Email gareferrals@centene.com. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. 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*.

Ambetter de IlliniCare Health está asegurada por Celtic Insurance Company.
© 2018 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter Insured by Celtic, 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 Insured by Celtic, 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 Insured by Celtic 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 Insured by Celtic 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 Insured by Celtic, 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 Insured by Celtic، 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 Insured by Celtic 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 Insured by Celtic 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 Insured by Celtic 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 Insured by Celtic, 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 Insured by Celtic, 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 Insured by Celtic के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में 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 करें।
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter Insured by Celtic, 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 Insured by Celtic, 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 Insured by Celtic 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.

Ambetter from IlliniCare Health is underwritten by Celtic Insurance Company.
© 2018 Celtic Insurance Company. All rights reserved.