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/2020-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?	$850 individual / $1,700 Familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan,cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deduciblegeneral de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible?	Sí. Los servicios de atención preventiva,atención primaria, especialistasy visitas a la oficina de atención de urgencia, examen de ojos y anteojos para niños, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con la cantidad deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted cumpla con su deducible. Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deductibles por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para proveedores de red: $2,700 individual / $5,400 Familia. No, paraproveedoresque no son de red.	El límite de gastos de su bolsillo 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 su bolsillo hasta que se haya cumplido con el límite general de gastos de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, que don't contar para el límite de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Consulte Buscar un proveedor o llame 1-855-745-5507 para obtener una lista de proveedores de red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera dela red y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturaciónde saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una referencia.

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	Sin cargo	No cubierto	-----Ninguno-----
	Visita al especialista	$5 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	Sin cargo	No cubierto	-----Ninguno-----
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa, puede resultar en una reducción de los beneficios. Consulte su política para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera 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)	Sin cargo	No cubierto	Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe de costo compartido al por menor.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	venta al por menor: $25 Copago / receta; Pedido por correo: $62.50 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe de costo compartido al por menor.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe de costo compartido al por menor.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 30 días a través de la orden por correo.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera 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	$100 Copago / visita con deducible	$100 Copago / visita con deducible	-----Ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	30% Coseguro	30% Coseguro	-----Ninguno-----
	Atención de urgencia	$10 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	-----Ninguno-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	$200 Copago por día con deducible	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Sin cargo / visita a la oficina; 30% Coseguro para todos los demás servicios ambulatorios	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. (Las visitas de PCP y otras visitas profesionales no requieren autorización previa)
	Servicios internos	$200 Copago por día con deducible	No cubierto	Es posible que se requiera 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	Sin cargo	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. La distribución de costos no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar coseguros, deducibles o copago. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. La distribución de costos no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar coseguros, deducibles o copago. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	$200 Copago por día con deducible	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. La distribución de costos no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar coseguros, deducibles o copago. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (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	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. 60 Visitas al año. 20 Visitas por año por terapia (PT, OT, ST).
	Servicios de habilitación	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializada	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Equipo médico duradero	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	30% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No cubierto	1 visita por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	1 artículo por año.
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No 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.)

- Acupuntura
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.
- Cuidado a largo plazo
- 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.)

- Aborto
- Cirugía estética (corrección de deformitas congénitos, o condiciones de lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)
- Cuidado quiropráctico (limitado a 25 visitas especializadas por período de beneficios)
- Enfermería de servicio privado (de forma ambulatoria)
- Audífonos (dos elementos por tres años)
- Cuidado de los ojos de rutina (adulto-una visita y un artículo por año. Se aplican límites en dólares.)
- Cuidado rutinario del pie (para el tratamiento de la diabetes)
- Tratamiento de la infertilidad (Ver política para obtener detalles de cobertura)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado dental (se aplican límites de artículos para adultos por año. $1,000 límite anual en dólares por año.)

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. 1-217-782-4515. 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. 1-217-782-4515. 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.

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 855-745-5507, TTY/TDD 866-565-8576
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 855-745-5507, TTY/TDD 866-565-8576
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 855-745-5507, TTY/TDD 866-565-8576
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 855-745-5507, TTY/TDD 866-565-8576

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	$850
Especialista copago	$5
Hospital (Instalaciones) copago	$200
Otro coseguro	30%

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	$850
Copagos	$200
Coseguro	$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$1,410**

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	$850
Especialista copago	$5
Hospital (Instalaciones) copago	$200
Otro coseguro	30%

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	$850
Copagos	$300
Coseguro	$600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	**$1,810**

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

El proveedores general del plan	$850
Especialista copago	$5
Hospital (Instalaciones) copago	$200
Otro coseguro	30%

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	$800
Copagos	$20
Coseguro	$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,120**

Asegurada por Celtic Insurance Company

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 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:	□□ □□□□ □□□□ □□□ □□□□□ □□□ □□□ □□□□□ □□□ □□□□□, from IlliniCare Health □□□□ □□□ □□□□□□ □□□ □□ □□□□, □□□ □□□□ □□□□ □□□□□ □□□□□□□ □□□ □□□ □□□□□□ □□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□. □□□□□□□□ □□□□ □□□ □□□□ □□□□ 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431) □□□ □□□ □□□.
Urdu:	اگر Ambetter from IlliniCare Healthکے بارے میں آپ، یا جن کی آپ مدد کررہے ہیں ان کے موالات 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 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 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.

Ambetter from IlliniCare Health is underwritten by Celtic Insurance Company.

© 2018 Celtic Insurance Company. All rights reserved.