Ambetter of Illinois
Clear Silver + Vision + Adult Dental: Standard Silver Off Exchange Plan

福利和承保范围摘要 (SBC) 文档将帮助您选择健康计划。本 SBC 文档介绍了您与计划将如何共同承担承保的健康护理服务费用。
注意：有关本计划费用（称为保费）的信息将另外提供。本文档仅为计划摘要。如需了解有关您的承保范围的更多信息，或希望获取承保完整术语的副本，请访问 /2024-brochures.html，或致电 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431)。有关常用术语的一般定义，如准许金额、差额账单、共同保险、共付额、免赔额、医疗服务提供者或其他带下划线的术语，请参阅术语表。您可以在以下网址查看术语表 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary 或致电索取 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431) 份术语表副本。

重要问题	答案	为什么这很重要：
整体免赔额是多少？	$5,400 个人/ $10,800 家庭。	一般而言，您必须在本计划开始支付之前，向服务提供者支付不超过免赔额的所有费用。如果您的计划中有其他家庭成员，每个家庭成员必须满足其个人免赔额，直至所有家庭成员支付的免赔额总额达到家庭免赔额总额。
在您达到您的免赔额前，是否有承保的 服务？	是。在您达到自付额之前，预防性护理服务及儿童眼科检查和配镜都在承保范围内。	即使您还没达到免赔额，此计划亦承保一些项目和服务。但可能需要支付共付额或共同保险。例如，在达到您的免赔额前，此计划会承保特定的预防性服务且没有费用分摊。请在以下网址查看承保的预防性服务清单 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/。
特定服务是否还有其他免赔额？	否.	您不需为特定服务符合免赔额。
此计划的最高自付额是多少？	对于网络内医疗服务提供者：$5,400个人/ $10,800 家庭。不适用于网络外医疗服务提供者。	最高自付额为您可能在一年内为承保的服务支付的最大金额。如果您还有其他家庭成员投保此计划。在达到家庭整体最高自付额之前，其他家庭成员必须达到其自己的最高自付额。
哪些不包含在最高自付额中？	保费、差额账单费用、未取得预先授权服务的罚款以及此计划未承保的健康护理。	即使您已支付这些费用，相关费用亦不计入最高自付额。
如果使用网络内医疗服务提供者，您支付的金额是否会更少？	是。请参阅/findadoc 或致电 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431) 索取网络内医疗服务提供者清单。	此计划使用医疗服务提供者网络。如果您使用计划网络内的医疗服务提供者，您会支付较少费用。如果您使用网络外医疗服务提供者，您会支付较多的费用，且可能会收到来自医疗服务提供者的账单，其中为医疗服务提供者的收费及您的计划支付的费用差额（差额账单）。请注意，您的网络内医疗服务提供者可能使用网络外医疗服务提供者以提供某些服务（如化验）。请在获取服务前与您的医疗服务提供者确认。

重要问题	答案	为什么这很重要：
您是否需要转诊才能看专科医生？	否.	您可在不转诊的情况下至您选择的专科医生处就诊.

重要问题	答案	为什么这很重要：
⚠ 此表中所示的所有共付额和共同保险费用仅适用于您已经达到您的免赔额（如果免赔额适用）。		

常见医疗事件	您可能需要的服务	您需要支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		网络内医疗服务提供者（您会支付最少费用）	网络外医疗服务提供者（您会支付最多费用）	
如果您前往医疗服务提供者的办公室或诊所就诊	初级护理就诊以治疗受伤或疾病	免费	未覆盖	从 Ambetter 指定远程医疗提供商获得的无限制全天候虚拟护理就诊属于承保范围且免费，提供商全额承保，自付额不适用。
	到专科医生处就诊	免费	未覆盖	无限制承保。
	预防性护理/筛查/疫苗接种	免费；免赔额不适用	未覆盖	您可能需要为非预防性服务支付费用。请向您的医疗服务提供者洽询您所需的服务是否为预防性服务。然后查看您的计划将会支付哪些费用。
如果您进行检查	诊断性检测（X 光、血液检测）	实验室和专业服务 免费 X 光和诊断性影像 免费 在其他地方获取实验室和专业服务以及 X 光及诊断性影像服务免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。服务的其他地方可能包括：医院、 急诊室或门诊设施。 对于任何需要事先授权的服务，如果未能获得事先授权，将会导致保险福利被拒。
	影像（CT/PET 扫描、MRI）	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。

重要问题	答案		为什么这很重要：	
如果您需要药物治疗您的疾病或病况 如需了解有关处方药承保范围的更多信息，请访问：	非专利药（第 1 级）	首选非专利药零售： 免费 非专利药零售： 免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 90 天内。邮购需支付 2.5 倍零售分摊费用。
	首选品牌药（第 2 级）	零售：免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 90 天内。邮购需支付 2.5 倍零售分摊费用。
	非首选品牌药和非首选非专利药（第 3 级）	零售：免费	未覆盖	
	特殊药物（第 4 级）	零售：免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 30 天内。
如果您进行门诊手术	设施费（例如，非住院手术中心）	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。
	医师/外科手术费	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。

重要问题	答案		为什么这很重要：	
如果您需要立即就医	急诊护理	免费	免费	无限制承保。
	急救医疗转运	免费	免费	无限制承保。备注：急诊运送不需要事先授权，但所有非急诊运送都需要事先授权。
	紧急护理	免费	未覆盖	无限制承保。
如果您需要住院	设施费（例如，医院 病房）	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。
	医师/外科手术费	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。
如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务	门诊服务	办公室就诊：免费 其他门诊服务：免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。（在主治医生 (PCP) 和其他诊所执业者处就诊不需要事先授权。）
	住院服务	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。
如果您怀孕	办公室就诊	免费	未覆盖	在联邦法规规定的标准时间范围内寄送不需要事先授权，但其他服务可能需要事先授权。分摊费用不适用于预防性服务，比如常规产前和产后筛检。根据服务类型，可能适用共同保险金、自付额或共付额。产妇照护可能包括 SBC 中其他部分所说明的检查和服务（如超声检查）。
	分娩专业服务	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。分摊费用不适用于预防性服务。根据服务类型，可能适用共付额、共同保险金或自付额。产妇照护可能包括 SBC 中其他部分所说明的检查和服务（如超声检查）。
	分娩设施服务	免费	未覆盖	

重要问题	答案		为什么这很重要：	
如果您需要康复协助或有其他特殊健康需求	家庭健康护理	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。
	功能康复服务	门诊：免费 住院：免费	未覆盖	门诊：可能需要取得事先授权。无限制承保。 住院：可能需要取得事先授权。无限制承保。
	功能培养服务	门诊：免费 住院：免费	未覆盖	门诊：可能需要取得事先授权。无限制承保。 住院：可能需要取得事先授权。无限制承保。
	专业护理	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。
	耐用医疗设备	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。
	临终关怀服务	免费	未覆盖	可能需要取得事先授权。无限制承保。
如果您的子女需要牙科或眼科护理	儿童眼科检查	免费；免赔额不适用	未覆盖	每年限 1 次就诊。
	儿童眼镜	免费；免赔额不适用	未覆盖	每年限 1 件商品。
	儿童牙科检查	未覆盖	未覆盖	无

不包含的服务和其他承保的服务:

您的计划一般不承保的服务（查看您的保单或计划文档以了解更多信息以及任何其他不包含的服务列表。）

- 针灸
- 整形手术
- 牙科照护（儿童）
- 长期护理
- 美国境外旅行时的非急诊照护
- 减重计划

其他承保的服务（此类服务可能有限制。这不是完整列表。请查阅您的计划文档。）

- 堕胎
- 减重手术
- 整脊护理（每年限 25 次。）
- 牙科照护（成人就诊和项目限制以年为单位。每人每年费用不得超过 1,000 美元。）
- 助听器（每 2 年限 2 只助听器。）
- 不孕症治疗
- 私人值班护理（仅限居家患者或门诊患者(住院患者除外)）
- 常规眼部护理（每年成人一次就诊和一个项目。美元补贴适用于硬件。）
- 常规足部护理

您的续保权利： 如果您想在保险结束后继续承保，有些机构可以提供帮助。这些机构的联系信息是： Ambetter of Illinois 电话 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.； 劳工部雇员福利保障管理局电话： 1-866-444-EBSA (3272)； Illinois Health Options 电话： 1-877-527-9431； 或人事管理多州计划项目办公室， 网址： https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/。您也可以选择其他保险选项，包括通过健康保险市场购买个人保险。如需关于保险市场的更多信息，请访问 www.HealthCare.gov，或致电 1-800-318-2596。

您的申诉和上诉权利： 如果您对您的计划拒绝您的索赔提出投诉，一些机构可以为您提供协助。此类投诉被称为申诉或上诉。如需了解有关您的权利的更多信息，请查看您在进行医疗索赔时将获得的福利说明。您的计划文档也会提供有关如何出于任何理由就您的计划提交索赔、上诉或申诉的完整信息。如需有关您的权利、此通知或协助的更多信息，请联系： Illinois Department of Insurance, 320 W. Washington, 4th Floor, Springfield, IL 62767, Phone No. (217) 782-4515.

此计划是否提供最低基本保险？是。
最低基本保险一般包括可通过保险市场或其他独立市场保单取得的计划、健康保险、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和其他特定保险。如果您符合特定类别最低基本保险的资格，您可能不符合保费税额抵免优惠资格。

此计划是否符合最低价值标准？不适用。
如果您的计划不符合最低价值标准，您可能符合保费税额抵免优惠资格，可通过保险市场帮助您支付计划费用。

语言服务：
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).

要查看此计划承保范例医疗状况费用的示例，请参阅下一节。

关于此类承保范围的示例：

这不是费用预估。所示的治疗仅为此计划承保的医疗护理的示例。您的具体费用取决于您获取的实际护理、您的医疗服务提供者收取的费用和其他许多因素。重点关注于本计划下费用分摊金额（免赔额、共付额和共同保险）和不包含的服务。使用此信息来比较您在不同健康计划中可能需要支付的费用部分。请注意，此类承保范围示例基于仅以个人为对象的承保。

Peg 怀孕了
（9 个月的网络内产前护理和医院分娩）

■ 计划的整体免赔额	$5,400
■ 专科医生 coinsurance	0%
■ 医院（设施） coinsurance	0%
■ 其他共同保险	0%

此事件示例包含如下服务：

专科医生办公室就诊 *（产前护理）*
分娩专业服务
分娩设施服务
诊断性检测 *（超声波和血液检查）*
专科医生就诊 *（麻醉）*

总示例费用	**$12,700**

在此示例中，Peg 将支付：

费用分摊	
免赔额	$5,400
共付额	$0
共同保险	$0
不承保项目	
限制或例外	$60
Peg 将支付的总金额为	**$5,460**

管理 Joe 的 2 型糖尿病
（一年的病情可控例行网络内护理）

■ 计划的整体免赔额	$5,400
■ 专科医生 coinsurance	0%
■ 医院（设施） coinsurance	0%
■ 其他共同保险	0%

此事件示例包含如下服务：

初级保健医生办公室就诊 *（包括疾病教育）*
诊断性检测 *（血液检查）*
处方药
耐用医疗设备 *（血糖仪）*

总示例费用	**$5,600**

在此示例中，Joe 将支付：

费用分摊	
免赔额	$5,400
共付额	$0
共同保险	$0
不承保项目	
限制或例外	$20
Joe 将支付的总金额为	**$5,420**

Mia 的简单骨折
（网络内急诊室就诊和后续护理）

■ 计划的整体免赔额	$5,400
■ 专科医生 coinsurance	0%
■ 医院（设施） coinsurance	0%
■ 其他共同保险	0%

此事件示例包含如下服务：

急诊室护理 *（包括医疗用品）*
诊断性检测 *（X 光）*
耐用医疗设备 *（拐杖）*
功能康复服务 *（物理治疗）*

总示例费用	**$2,800**

在此示例中，Mia 将支付：

费用分摊	
免赔额	$2,800
共付额	$0
共同保险	$0
不承保项目	
限制或例外	$0
Mia 将支付的总金额为	**$2,800**

plan 将负责支付此类示例中所承保服务产生的其他费用。

English:	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter of Illinois, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter of Illinois y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Polish:	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące Ambetter of Illinois, ale nie posługujecie się biegle językiem angielskim, macie prawo do uzyskania pomocy i informacji w swoim języku bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie problemy ze słuchem i/lub wzrokiem, które utrudniają komunikację, macie prawo do otrzymania pomocy i usług pomocniczych bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Aby uzyskać tłumaczenie lub usługi pomocnicze, należy skontaktować się z Usługi członkowskie pod numerem 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter of Illinois 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431)。
Korean:	귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter of Illinois에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-855-745-5507(TTY 1-844-517-3431)번으로 가입자 서비스부에 연락해주십시오.
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter of Illinois, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter of Illinois، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعده تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بـ خدمات الأعضاء على 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Russian:	Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter of Illinois, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Gujarati:	જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter of Illinois વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.
Urdu:	اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کررہے ہیں وہ Ambetter of Illinois کے بارے میں سوالات کرنا چاہتے ہیں، اور وہ انگریزی میں ماہر نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی زبان میں بلا معاوضہ اور بروقت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، انہیں سماعت اور/یا بصارت میں کوئی پریشانی درپیش ہو جس سے

	مواصلت میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے، تو آپ کو مفت اور بر وقت معاون امداد اور خدمات حاصل کرنے کا حق ہے۔ ترجمہ یا معاون خدمات حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter of Illinois và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Italian:	Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter of Illinois e non ha una perfetta padronanza della lingua inglese, ha il diritto di ricevere aiuto e informazioni nella Sua lingua gratuitamente e tempestivamente. Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza presenta una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere servizi ausiliari gratuitamente e tempestivamente. Per ricevere una traduzione o un servizio ausiliario, contatti i Servizi per i membri al numero 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Hindi:	अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter of Illinois से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ़्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter of Illinois et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Greek:	Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις σχετικά με το Ambetter of Illinois και δεν γνωρίζετε καλά την αγγλική γλώσσα, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση και εγκαίρως. Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε δυσκολία στην όραση ή/και την ακοή, που εμποδίζει την επικοινωνία, έχετε το δικαίωμα να λάβετε επικουρικά βοηθήματα και υπηρεσίες χωρίς χρέωση και εγκαίρως. Για μεταφραστικές ή βοηθητικές υπηρεσίες, επικοινωνήστε με την Εξυπηρέτηση Μελών στο 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter of Illinois hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

无歧视声明

Ambetter of Illinois 由 Celtic Insurance Company 核保，后者是 Illinois 医疗保险交易所的合格健康计划发行机构。Celtic Insurance Company 遵守适用的联邦民权法，不会因种族、肤色、原国籍（包括有限的英语能力和母语）、年龄、残疾或性别（包括妊娠、性取向、性别认同或性别特征）而歧视他人。这是一份保险招揽。Ambetter of Illinois 由 Celtic Insurance Company 承保。© 2023 Celtic Insurance Company。保留所有权利。AmbetterofIllinois.com

如果您或您正在帮助的人对 Ambetter of Illinois 有疑问，并且不精通英语，您有权免费及时获得以您的语言提供的帮助和信息。 如果您或您正在帮助的人患有妨碍沟通的听觉和/或视觉疾病，您有权免费及时地获得辅助设施和服务。要获得翻译或辅助服务，请联系会员服务部：1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431)。如果您认为 Celtic Insurance Company 未能提供这些服务，或因为种族、肤色、原国籍（包括有限的英语能力和母语）、
年龄、残疾或性别（包括妊娠、性取向、性别认同或性别特征）而以其他方式歧视您，请联系会员服务部：
1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431)。您也可以通过电话提交申诉：1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431)。 有关直接向美国卫生与公众服务部民权办公室提交歧视投诉的信息，请访问 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf。

\\

Statement of Non-Discrimination

Ambetter of Illinois is underwritten by Celtic Insurance Company, which is a Qualified Health Plan issuer in the Illinois Health Insurance Marketplace. Celtic Insurance Company complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, gender identity, or sex characteristics). This is a solicitation for insurance. Ambetter of Illinois is insured by Celtic Insurance Company.
© 2023 Celtic Insurance Company. All rights reserved. AmbetterofIllinois.com

If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter of Illinois, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431). If you believe that Celtic Insurance Company has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, gender identity, or sex characteristics), please contact Member Services at 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431). You may also submit a grievance by phone to 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431). For information on filing a discrimination complaint directly with the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, please visit https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf.

AMB23-IL-C-00056