El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite /en/il/2026-brochures.html]. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$2,000 por miembro/$4,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gasto deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva, de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de atención de urgencia y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su deducible (ver información adicional a continuación).	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para atención de proveedores de la red: $8,200 por miembro/$16,400 por familia. No se aplica a proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan, estos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas,multas por no obtener autorización previa para los servicios y atención de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Ingrese en https://ambetterofillinois.com/findadoc o llame al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a 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 lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$30 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Cubierto sin límite.
	Consulta con un especialista	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguno
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo; deducible no se aplica	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	25% Coseguro para servicios profesionales y de laboratorio 25% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 25% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **/en/il/2026formulary**	Medicamentos genéricos	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: $15 Copago / receta; deducible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: $15 Copago / receta; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Venta minorista: $30 Copago / receta; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de marca no preferidos	Nivel 3: Venta minorista: $60 Copago / receta; deducible no se aplica	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	Nivel 4: Venta minorista: $250 Copago / receta; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	25% Coseguro	25% Coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	25% Coseguro	25% Coseguro	Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.
	Atención de urgencia	$45 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: $30 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico). (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico).
	Servicios para pacientes hospitalizados	25% Coseguro	Sin cobertura	Nota: El tratamiento proporcionado requiere la notificación del proveedor tratante en las 48 horas siguientes al inicio del tratamiento.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$30 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos, como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro, un deducible o un copago. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro, un deducible o un copago. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	25% Coseguro	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de rehabilitación	Pacientes ambulatorios: $30 Copago / visita; deducible no se aplica; Pacientes hospitalizados: 25% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Servicios hospitalarios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de habilitación	Atención ambulatoria: $30 Copago / visita; deducible no se aplica Pacientes hospitalizados: 25% Coseguro	Sin cobertura	Atención ambulatoria: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Servicios hospitalarios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Atención de enfermería especializada	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Equipo médico duradero	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por año.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	Ninguno.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Atención a largo plazo.
- Atención de la vista de rutina (adultos).
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía cosmética.
- Programas para bajar de peso.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• Atención de quiropráctico (limitada a 25 visitas por año) • Audífonos (limitado a 2 audífonos cada 2 años) • Cirugía bariátrica.	• Cuidado de los pies de rutina. • Servicios de aborto.	• Servicios de enfermería privada (Solo para consultas en el hogar y pacientes ambulatorios (se excluyen los pacientes hospitalizados)) • Tratamiento de la infertilidad.

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Ambetter of Illinois, 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431); Illinois Department of Insurance, 320 West Washington, Springfield, IL, 62767, Phone: 1-866-445-4364; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre , visite www.getcovered.illinois.gov o llame al 1-866-311-1119.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Illinois Department of Insurance, 320 West Washington, Springfield, IL, 62767, Phone: 1-866-445-4364.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? **No se aplica**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-745-5507 (TTY 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 1-844-517-3431).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	$2,000
Médico especialista copago	$60
Hospital (centro) coseguro	25%
Otro coseguro	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$2,000
Copagos	$40
Coseguro	$2,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$4,100**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

El deducible general del plan	$2,000
Médico especialista copago	$60
Hospital (centro) coseguro	25%
Otro coseguro	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$900
Copagos	$900
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,820**

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

El deducible general del plan	$2,000
Médico especialista copago	$60
Hospital (centro) coseguro	25%
Otro coseguro	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$2,000
Copagos	$300
Coseguro	$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2,320**

El **plan** sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

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:	如果您或您正在協助的對象對 Ambetter of Illinois 所提供的任何服務有問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲得幫助和訊資訊。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. 통역 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 pannikin 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 (TTY 1-844-517-3431) 1-855-745-5507.
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 کر رہے 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 ہے 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).