



ambetter.[®]

of Illinois | Asegurada por Celtic Insurance Company

2023

Guía de referencia rápida

Los recursos que necesita. Aquí mismo.

Para obtener más información, visite [AmbetterofIllinois.com](https://www.AmbetterofIllinois.com)

Si esta información no está en su idioma principal, llame al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

¡Bienvenido a Ambetter of Illinois!

Gracias por elegirnos como su plan de seguro de salud.

Nos entusiasma ayudarlo a tomar el control de su salud y llevar una vida más sana y más plena.

Como afiliado nuestro, tiene acceso a muchos servicios y recursos útiles.

Esta Guía de referencia rápida (QRG) lo ayudará a entenderlos todos. En el interior, encontrará información importante sobre:

- Cómo funciona su plan
- Información de pagos
- A dónde ir para recibir atención
- Información sobre su tarjeta de identificación de afiliado
- Beneficios odontológicos y oftalmológicos opcionales para adultos
- Telesalud
- ¡Y mucho más!

SU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD.

Si tiene preguntas, siempre estamos listos para ayudarlo. Y no olvide revisar nuestra videoteca en línea en [Ambetterofillinois.com](https://www.ambetterofillinois.com). Está llena de información útil.

Servicios para afiliados:

1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431)

[Ambetterofillinois.com](https://www.ambetterofillinois.com)



Cómo comunicarse con nosotros

Cómo comunicarse con nosotros

Ambetter of Illinois

PO Box 733

Elk Grove Village, IL 60009-0733

Si quiere conversar, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro.

Servicios para afiliados	1-855-745-5507
Fax	1-855-519-5699
TTY	1-844-517-3431
Hacer un pago	1-855-745-5507
Servicios de salud conductual	1-855-745-5507
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana	1-844-494-9165
Reclamos y quejas	1-855-745-5507
Emergencia	911
Sitio web	AmbetterofIllinois.com

Cuando llame, tenga estos datos listos:

- Su identificación
- Su número de reclamación o factura, si tiene preguntas sobre facturación

Servicios de interpretación

Comuníquese con Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) para obtener servicios de interpretación gratuitos, si los necesita. Los servicios de interpretación incluyen idiomas que no sean inglés. Mediante este servicio, usted y su proveedor pueden hablar sobre sus inquietudes médicas o conductuales de una manera más cómoda para usted. Los afiliados ciegos o con problemas de la vista que necesiten ayuda pueden llamar a Servicios para afiliados para recibir una interpretación oral.

Cómo funciona su plan

Infórmese sobre cómo aprovechar al máximo su plan. Cree su cuenta de afiliado en línea para comenzar.



¿Desea obtener más información sobre nuestra área de servicios y proveedores dentro de la red? Visite AmbetterofIllinois.com

Tiene seguro de salud. ¿Y ahora qué?

Es emocionante tener un seguro de salud. Para aprovechar al máximo su plan, complete esta simple lista de verificación. Si necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro.

- 1** Cree su cuenta segura de afiliado en línea. Para hacerlo, visite la página “Member Login” (Inicio de sesión para los afiliados) en AmbetterofIllinois.com. Su cuenta de afiliado guarda toda la información sobre beneficios y cobertura de su plan en un solo lugar. Le brinda acceso a su *Lista de beneficios*, información sobre reclamaciones, esta QRG y más.
- 2** Nuestro programa *myhealthpays*® lo ayuda a centrarse en su salud integral. Cuando completa actividades saludables, como comer bien, moverse más, ahorrar de manera inteligente y vivir bien, ¡puede ganar puntos de recompensa! Todo lo que tiene que hacer es iniciar sesión en su cuenta de afiliado en línea para comenzar.
- 3** Inscríbase en pago automático de facturas. Llámenos o ingrese en su cuenta de afiliado en línea para inscribirse. El pago automático extrae en forma automática de su cuenta bancaria su pago mensual de la prima. Es simple, útil, conveniente y seguro.
- 4** Elija a su proveedor de atención primaria (PCP). Simplemente, entre a su cuenta del miembro y vea una lista de proveedores de Ambetter en su área usando la *Guía de proveedores* disponible en nuestro sitio web. Recuerde, su PCP, también conocido como médico personal, es el médico principal al que usted verá para la mayor parte de su atención médica. Eso incluye sus chequeos, consultas cuando está enfermo y otras necesidades básicas de salud.
- 5** Programe su examen anual de bienestar con su PCP. ¡Después de su primer control, ganará 500 puntos en recompensas *myhealthpays*! Y en cualquier momento que necesite atención, llame a su PCP y programe una cita.

Los fondos vencen apenas termina la cobertura del seguro. Las recompensas de My Health Pays® no pueden utilizarse para copagos de farmacia. Su plan médico se compromete a ayudarlo a alcanzar la mejor salud posible. Hay recompensas disponibles para todos los afiliados por participar en un programa de bienestar. Si cree que no es posible cumplir con el estándar para obtener una recompensa en virtud de este programa de bienestar, podría calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa de otra manera. Comuníquese con nosotros al 1-855-745-5507 y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar, con las mismas recompensas, que se ajuste a usted y a sus necesidades de salud.



Respuestas a sus consultas sobre pagos



Si tiene preguntas sobre cómo pagar su prima, llame a Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).



Regístrese en Facturación Electrónica para recibir sus facturas mensuales en línea.

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

1. Pago en línea (¡lo recomendamos!)

- a. **Pago rápido:** <https://centene.softheon.com/Equity/#/search> o visite AmbetterofIllinois.com y seleccione "pay now" (pagar ahora).
- b. **Cuenta segura de afiliado:** cree su cuenta de afiliado en línea en AmbetterofIllinois.com e inscríbese en el pago automático de facturas. Puede configurar el pago automático con sus tarjetas de crédito, de débito (prepagada o bancaria) o con su cuenta bancaria. También puede hacer un pago por única vez mediante su cuenta de afiliado en línea.
- c. Si obtuvo recompensas de My Health Pays®, puede usarlas para ayudar a pagar sus primas mensuales. Ingrese en su cuenta segura de afiliado en Member.AmbetterHealth.com para saber más sobre el programa My Health Pays® y para ver el saldo de su tarjeta.

2. Pago por teléfono

- a. Pago por teléfono automatizado. Llámenos al 1-844-PAY-BETTER (729-2388) y utilice nuestro sistema interactivo de respuesta por voz (IVR). Es rápido y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O

- b. Llame a Servicios de Facturación al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) entre las 8 a.m. y 8 p.m., hora del centro. Tendrá la opción de pagar usando el sistema interactivo de respuesta por voz (IVR) o hablando con un representante de servicios de facturación.

3. Pago por correo postal

- a. Envíe un cheque o giro postal a la dirección que aparece en el talón de pago de su factura. **Asegúrese de enviarlo por correo al menos siete a diez días antes de la fecha de vencimiento del pago de la prima. Recuerde escribir su número de identificación de afiliado en el cheque o giro postal, desprenda el talón de pago de la factura y envíelo con su pago.**
- b. El envío por correo a la dirección correcta asegurará que sus pagos se procesen de manera oportuna.

Ambetter of Illinois

Attn: Billing Services
PO Box 74008544
Chicago, IL 60674-8544





Nos preocupamos por su salud

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual? (continuación)

- c. Para buscar una ubicación de MoneyGram cerca de su hogar, o hacer un pago a Ambetter con MoneyGram, visite <https://www.moneygram.com/mgo/us/en/paybills> o llame al 1-800-926-9400.

¿Qué ocurre si pago con retraso?

Su cuenta vence antes del primer día de cada mes. Por ejemplo, su prima de junio vence el 31 de mayo.

Si no paga su prima antes de la fecha de vencimiento, puede entrar en un período de gracia. Es un tiempo adicional que le damos para pagar. Durante un período de gracia, podemos retener (o dejar pendiente) el pago de sus reclamaciones. Además, durante este período seguirá teniendo cobertura. Sin embargo, si no paga antes de que termine el período de gracia, corre el riesgo de perder su cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer los detalles del período de gracia.

Servicios para afiliados

Queremos que tenga una excelente experiencia con Ambetter. Nuestro departamento de Servicios para afiliados siempre está dispuesto a ayudarlo. Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- Entender cómo funciona su plan
- Aprender cómo obtener la atención que necesita
- Encontrar respuestas a las preguntas que tenga sobre el seguro de salud
- Conocer lo que su plan cubre y lo que no
- Elegir un PCP que satisfaga sus necesidades
- Obtener más información sobre programas útiles, como el de Administración de la atención
- Buscar otros proveedores médicos (como farmacias y laboratorios dentro de la red)
- Solicitar su tarjeta de identificación de afiliado u otros materiales relacionados

Si se inscribió mediante el Mercado de Seguros de Salud, debe comunicarse para actualizar su información de inscripción: por ejemplo, su fecha de nacimiento, dirección, o cambios en su ingreso o estilo de vida; o para finalizar su cobertura con Ambetter. Para hacerlo puede visitar [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) o llamar al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). Cuando se comunique, debe informar en qué estado vive y pedirle a un representante que lo ayude.

Si se inscribió en un plan de salud fuera del Mercado, comuníquese con Servicios para afiliados para actualizar su información de inscripción, como su fecha de nacimiento, dirección, o cambios en sus ingresos o su estilo de vida, o para finalizar su cobertura con Ambetter.



¿Tiene pérdida total o parcial de la audición? Llame al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) o visite [Ambetterofillinois.com](https://www.ambetterofillinois.com).

Información sobre afiliación y cobertura



Su paquete de bienvenida para afiliados de Ambetter

Cuando se inscribe en Ambetter, recibe un paquete de bienvenida para afiliados. El paquete incluye información básica sobre el plan de salud que seleccionó. Lo recibirá antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter.

Su tarjeta de identificación de afiliado de Ambetter

Su tarjeta de identificación de afiliado es prueba de que cuenta con nuestro seguro de salud. Y es muy importante. Estas son algunas cosas que debe tener en cuenta:

- Tenga esta tarjeta con usted en todo momento
- Deberá presentarla siempre que reciba servicios de atención médica
- Recibirá sus tarjetas de identificación de afiliado antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter. Si no recibe su tarjeta de Identificación de afiliado antes de que comience su cobertura, llame a Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431). Le enviaremos otra tarjeta.
- No recibirá su paquete de bienvenida y las tarjetas de identificación de afiliado hasta que estén pagados en su totalidad el pago vinculante y la prima del primer mes.

Si desea descargar su tarjeta de identificación digital, solicitar un reemplazo de su tarjeta de identificación o una identificación temporal, ingrese a su cuenta segura de afiliado.

Este es un ejemplo del aspecto típico de una tarjeta de identificación de afiliado

ambetter
of illinois | Insured by Celtic Insurance Company

Subscriber: [Jane Doe] Policy #: [XXXXXXXXXX]
Member: [John Doe] Member ID #: [XXXXXXXXXXXX]
Effective Date: [MM/YY/00]

[QR Code]

Plan: [Plan name]
[Line 2 if needed]
[Network Name] Network Coverage Only

RXBIN: [004336]
RXPCN: [ADV]
RXGROUP: [RX5485]

REFERRAL FROM PCP REQUIRED FOR SPECIALIST

Frente

Ambetterofillinois.com

Member/Provider Services:
1-855-745-5507
TTY/TDD: 1-844-517-3431
24/7 Nurse Line: 1-855-745-5507

Medical Claims:
Ambetter of Illinois
Attn: CLAIMS
PO Box 100
Farmington, IL 62401
640-510-1000

Numbers below for providers:
Pharmacy Help Desk: 1-844-517-3431
EDI Payor ID: 68069

Additional information...
Ambetter of Illinois is insured by Celtic Insurance Company.
© 2021 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

Dorso

Si necesita información sobre la cobertura de personas a cargo del afiliado, consulte su *Evidencia de Cobertura*.

Encontrar la atención correcta



¡Recuerde seleccionar un PCP dentro de la red! Revise nuestra *Guía de proveedores* para obtener una lista completa de sus opciones y su información de contacto. Se encuentra en la página **Find a Doctor** (Buscar un médico) de guide.ambetterhealth.com.

Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre su Guía de proveedores.

Estamos orgullosos de ofrecerle nuestro servicio de calidad. Nuestra red local de proveedores es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que han acordado brindarle servicios de atención médica.

Para realizar una búsqueda en nuestra Guía de proveedores, visite guide.ambetterhealth.com y use nuestra **Guía Ambetter: la nueva herramienta de búsqueda de proveedores de Ambetter**. En esta guía encontrará la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores, incluida información como nombre, dirección, números telefónicos, horarios de atención, certificaciones profesionales, especialidad y certificación de la junta médica. Puede ayudarlo a encontrar un proveedor de atención primaria (PCP), farmacia, laboratorio, hospital o especialista. Puede limitar su búsqueda por:

- Especialidad del proveedor
- Código postal
- Sexo
- Idiomas que habla
- Si actualmente acepta o no pacientes nuevos

Una Guía de proveedores es una lista de los proveedores cerca de usted. Si desea obtener una copia impresa de ese listado, llame a Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

Proveedor dentro de la red o de la red es un médico o proveedor que figura en la lista más reciente de la red que se indica en su tarjeta de identificación de afiliado.

Proveedor fuera de la red se refiere a un médico o proveedor que NO está identificado en la lista más reciente de la red que se indica en su tarjeta de identificación de afiliado. Los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red no están cubiertos, excepto como se indica específicamente en su *Evidencia de Cobertura* (EOC).

A lo largo del año, los proveedores disponibles de la red podrán variar. Es importante que revise la Guía de proveedores para obtener la información más reciente sobre si quien planea ver está en la red. Le sugerimos que pregunte a los proveedores si participan en Ambetter **antes de que le den tratamiento**, para que sepa si es posible que reciba o no una factura adicional por sus servicios.

Reciba la atención correcta en el lugar adecuado.

Cuando necesita atención médica, debe poder decidir rápidamente adónde acudir o qué hacer. Conozca sus opciones. Entre ellas están las siguientes:

1. **Llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana**
2. **Telesalud de Ambetter**
3. **Hacer una cita con su proveedor de atención primaria (PCP)**
4. **Visitar un centro de atención de urgencias**
5. **Acudir a la sala de emergencias**

Su decisión dependerá de su situación específica. En la sección siguiente se describen cada una de sus opciones en más detalle, así que siga leyendo.

Y recuerde: asegúrese siempre de que sus proveedores estén dentro de la red.

Usar proveedores dentro de la red puede ayudarlo a ahorrar dinero en sus costos de atención médica.

Cada vez que reciba atención médica, necesitará su tarjeta de identificación de afiliado.

Conozca más sobre sus opciones en <https://AmbetterofIllinois.com/resources/handbooks-forms/where-to-go-for-care.html>



Cada vez que reciba atención, asegúrese de hacerlo dentro de la red de Ambetter.



Su proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria es su médico principal, a quien acude para sus chequeos habituales. Si su afección no pone en peligro su vida, llamar a su PCP debería ser su primera opción. Use nuestra Guía Ambetter en línea para buscar un proveedor de la red en su área.

Visite o llame a su PCP si necesita:

- Su chequeo anual de bienestar y vacunas
- Asesoramiento sobre su salud en general
- Ayuda con problemas médicos como resfríos, gripes y fiebre
- Tratamientos para un problema de salud continuo, como asma o diabetes

Cómo elegir un PCP distinto

Queremos que usted esté contento con la atención que recibe de nuestros proveedores. Así que, si desea cambiar de PCP por cualquier razón, visite AmbetterofIllinois.com. Entre a su cuenta de afiliado en línea y siga estos pasos.

1. **Haga clic en Coverage (Cobertura) o en Edit Account (Editar cuenta).**
2. **En la sección My Primary Care Provider (Mi proveedor de atención primaria), vea la Guía Ambetter para buscar un PCP en la red.**
3. **Elija un PCP de la lista. Asegúrese de elegir uno que acepte pacientes nuevos en la actualidad.***

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431). Además, puede ver nuestra lista de proveedores en la página **Find a Doctor (Encontrar un médico)** en AmbetterofIllinois.com.

**Si elige a un enfermero matriculado o asistente médico como su PCP, su cobertura de beneficios y los montos de copago serán los mismos que para los servicios de otros proveedores participantes. Revise su Lista de beneficios para obtener más información.*

¿Cuándo necesita una derivación?

Si tiene un problema médico, afección, lesión o enfermedad específica, probablemente necesite ver a un especialista. Un especialista es un proveedor que está capacitado en un área específica de la atención médica. Para ver a un especialista, podría ser necesario que obtenga una derivación de su PCP.

Sus beneficios pueden reducirse, o no tener cobertura, si no se cumplen los requisitos de derivación. Es posible que además necesite autorización previa para determinados servicios cubiertos.

Consulte la póliza de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.



Telesalud de Ambetter

Telesalud de Ambetter, el servicio de telemedicina, es nuestro acceso virtual las 24 horas a proveedores de atención médica de la red, en caso de que usted tenga un problema de salud que no sea una emergencia. Está disponible para que lo use desde su casa, la oficina o incluso en vacaciones.

Antes de empezar a usar telesalud de Ambetter, debe configurar su cuenta en AmbetterTelehealthIL.com.

Los proveedores de telesalud de Ambetter están disponibles por teléfono o video cuando necesite atención médica, un diagnóstico o una receta médica. Como parte de nuestro Programa de Administración de la Salud, Ambetter ofrece \$0 de copago por telesalud dentro de la red con proveedores de telesalud de Ambetter. Puede elegir recibir atención inmediata o programar una cita en un momento que se ajuste a su horario.

Póngase en contacto con telesalud de Ambetter si presenta:

- Resfriados, gripe y fiebre
- Erupciones y afecciones cutáneas
- Problemas de los senos paranasales, alergias
- Infecciones de las vías respiratorias superiores, bronquitis
- Conjuntivitis

Ambetter no proporciona atención médica. Eso lo hacen proveedores individuales mediante Teladoc Health.

El copago de \$0 por telesalud no corresponde para planes con Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) hasta que se alcance el deducible. Los copagos de \$0 son para atención médica dentro de la red. Los copagos de \$0 son para servicios dentro de la red a través de telesalud de Ambetter. Los servicios de telesalud a través de otros proveedores tienen el mismo costo compartido que si consultara al proveedor en persona.

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana

Nuestra línea gratuita de asesoramiento de enfermería, que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana, hace fácil obtener respuestas a sus preguntas de salud. Ni siquiera tiene que salir de casa. El personal está compuesto por enfermeros con licencia. Nuestra línea de asesoramiento de enfermería funciona todo el día, todos los días. Llame al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) si tiene preguntas sobre los siguientes temas:

- Su salud, medicamentos o una afección crónica
- Para saber si debe ir a la sala de emergencias o ver a su PCP
- Qué hacer si tiene un hijo enfermo
- Cómo manejar una afección en medio de la noche
- Cómo acceder a nuestra biblioteca de información de salud en línea
- Atención de urgencia



Para encontrar otro proveedor o especialista en nuestra red, revise nuestra lista de proveedores en la página **Find a Doctor** (Buscar un médico) en guide.ambetterhealth.com



QUÉ HACER SI RECIBE UNA FACTURA DE UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR:

Cuando acude a un proveedor de la red, incluidos, entre otros, médicos, hospitales, farmacias, establecimientos y profesionales de atención médica, usted es responsable de cualquier monto de costo compartido que corresponda (como copago, deducible o coseguro). Puede ver su responsabilidad como afiliado en la explicación de beneficios. Para encontrarla, inicie sesión en su cuenta segura en [Ambetterofillinois.com](https://www.ambetterofillinois.com).

Como afiliado de Ambetter, los proveedores que no pertenezcan a la red no deberían facturarle servicios cubiertos por montos superiores a sus responsabilidades correspondientes de costo compartido cuando:

- Recibe un servicio de emergencia cubierto o servicio de ambulancia aérea de un proveedor fuera de la red. Esto incluye servicios que puede obtener después de estar en condición estable, a menos que el proveedor fuera de la red obtenga su consentimiento por escrito para facturárselos.
- Recibe servicios auxiliares que no son de emergencia (medicamento de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, además de servicios de diagnóstico [incluidos radiología y análisis de laboratorio]) de un proveedor fuera de la red en un hospital o establecimiento quirúrgico ambulatorio de la red.
- Recibe otros servicios que no son de emergencia de un proveedor fuera de la red en un hospital o establecimiento quirúrgico ambulatorio de la red, a menos que el proveedor que no es de la red obtenga su consentimiento por escrito para facturárselos.

Si recibe una factura por servicios en las situaciones mencionadas, comuníquese con Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

En su *Evidencia de Cobertura* tiene más información sobre facturación de saldos y gastos de servicios elegibles.

Proceso de reclamos, quejas y apelaciones de los afiliados



Tenemos pasos para manejar cualquier problema que pudiera tener. Para satisfacer sus necesidades, ofrecemos procesos para presentar apelaciones o reclamos. Tiene derecho a presentar un reclamo, una apelación y a solicitar una revisión externa.

Si no está conforme con su atención

Esperamos que siempre esté satisfecho con nosotros y nuestros proveedores. Pero, si ese no es el caso o si no encuentra respuestas a sus preguntas, debe seguir estos pasos:

- Proceso de consultas
- Proceso de reclamos
- Proceso de quejas
- Proceso de apelación
- Revisión externa por parte de una organización revisora independiente (IRO)
- Reclamo ante el Departamento de Seguros (DOI)

Su satisfacción es de suma importancia para nosotros. Queremos conocer sus problemas e inquietudes para poder mejorar nuestros servicios. Comuníquese con el equipo de Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) si tiene preguntas o inquietudes. Intentaremos responder sus preguntas durante el contacto inicial, ya que la mayoría de las inquietudes pueden resolverse con una llamada telefónica.

Los siguientes procesos están disponibles para resolver sus inquietudes.

Cómo hacer una consulta

Una consulta es una solicitud de aclaración sobre un beneficio, producto o elegibilidad, sin que se haya manifestado insatisfacción. Estos son ejemplos de consultas:

- "¿Puedo hacer un pago?"
- "¿Puede ayudarme a cambiar de proveedor de atención primaria?"
- "¿Por qué recibí esta factura?"
- "¿Por qué cambió mi prima?"
- "¿Puedo obtener una copia de mi tarjeta de identificación?"
- "¿Me pueden ayudar a encontrar un proveedor?"

Cómo presentar un reclamo

Un reclamo puede ser una apelación o una queja. Algunos reclamos se resuelven con la primera llamada si se pueden abordar en su totalidad y darlos por finalizados.

Ejemplos de un reclamo podrían ser:

- "Llevo 4 meses tratando de conseguir una cita con el médico".
- "No puedo encontrar un proveedor en mi área, ya que todos los médicos locales dicen que no participan en mi plan y los que sí lo hacen están demasiado lejos".
- "He llamado a Servicios para Afiliados varias veces y mi problema aún no está resuelto".



Cómo presentar un reclamo (continuación)

- "No puedo inscribirme en su sitio web".
- "No puedo encontrar lo que necesito en su sitio web".
- "El médico o el personal fueron groseros conmigo".

Para presentar un reclamo, llame a Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

Cómo presentar una queja

Una queja hace referencia a cualquier insatisfacción con una aseguradora que ofrezca un plan de beneficios de salud o con la administración de un plan de beneficios de salud por parte de la aseguradora. Un reclamante o alguien en su nombre presenta esta insatisfacción verbalmente o por escrito a la aseguradora. La queja puede ser por cualquiera de los siguientes asuntos:

1. Prestación de servicios.
2. Prácticas de reclamaciones.

Ejemplos de una queja serían:

- "En mi medicamento genérico recetado no se aplicó el copago para genéricos".
- "Me hicieron un procedimiento preventivo y me piden que haga un pago de mi bolsillo, cuando debería haber estado cubierto al 100%".
- "Necesito atención médica domiciliaria y el coordinador de mi caso no me ha devuelto la llamada".
- "No di mi consentimiento para recibir productos de sangre durante la cirugía, pero descubrí que de todos modos me administraron algunos".
- "Mi médico me recetó un medicamento al que soy alérgico y tuve una reacción terrible".
- "Me dijeron que estaba activo en el plan y que el plan seguía deduciendo las primas en forma automática, pero ahora dicen que no tuve cobertura durante 10 meses y tengo más de \$100,000 en facturas del hospital".

Para presentar una queja, llame a Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431). Puede presentar una queja en forma verbal o por escrito, ya sea por correo postal o fax. Si requiere asistencia para presentar una queja o si no puede presentar la queja por escrito, puede llamar a Servicios para afiliados, al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431) para pedir ayuda con el proceso. Le enviaremos una carta de reconocimiento de la queja después de recibirla.

Envíe su formulario de queja por escrito a:

Ambetter of Illinois
Attn: Appeals & Grievances Department
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410
Fax: 1-833-886-7956

Queja acelerada: se aplica si su queja se relaciona con una emergencia o situación en la cual usted puede verse obligado a abandonar el hospital en forma prematura, o si un proceso de resolución estándar pondría su vida o su salud en un riesgo grave.

Queja estándar: queja que no cumple con la definición de acelerada.

Para obtener una lista completa de definiciones, consulte su *Evidencia de Cobertura*.



En la *Evidencia de Cobertura* podrá leer sobre los procedimientos y procesos completos de reclamos y apelaciones. Puede consultar su *Evidencia de Cobertura* en su cuenta de afiliado en línea.

Para obtener una lista completa de definiciones, consulte su *Evidencia de Cobertura*.

Cómo presentar una queja (continuación)

En su *Evidencia de Cobertura* podrá leer los procedimientos y procesos completos, detalles específicos y plazos para su presentación. Puede consultar su *Evidencia de Cobertura* en su cuenta de afiliado en línea.

Además, podrá presentar una queja ante el Departamento de Seguros (DOI). Hay varias maneras de hacerlo. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.

Cómo presentar una apelación

Una apelación es una solicitud para reconsiderar una determinación sobre los beneficios del afiliado, cuando se le ha denegado un servicio o una reclamación. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra determinación de rechazar, modificar, reducir o terminar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de atención médica, incluidos la admisión a un establecimiento de atención médica o estadía continuada en él. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa, de manera oportuna, puede considerarse como una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

Ejemplos de una apelación:

1. Acceso a beneficios de atención médica, incluida una determinación adversa realizada de acuerdo con la gestión de uso.
2. Admisión o permanencia en un centro de atención médica.
3. Pago de reclamaciones, manejo o reembolso por servicios de atención médica.
4. Asuntos relacionados con la relación contractual entre un afiliado y nosotros.
5. Cancelación de su cobertura de beneficios por nuestra parte.
6. Otros asuntos que una ley o regulación estatal requieran en forma específica.

Para presentar una apelación por escrito, puede enviarnos su solicitud por correo postal o por fax. Nuestra información de contacto:

Ambetter of Illinois

Attn: Appeals & Grievances Department

PO Box 10341

Van Nuys, CA 91410

Fax: 1-833-886-7956

Para presentar una apelación verbal, puede llamarnos al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

El tiempo que tarda la resolución puede variar según el tipo de apelación presentada. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener detalles.

Apelación acelerada: se aplica si su apelación se refiere a una emergencia o una situación en la cual usted puede verse obligado a abandonar el hospital en forma prematura, o si cree que un proceso de resolución estándar pondría su vida o su salud en un riesgo grave.

Apelación estándar: es la que no cumple con la definición de acelerada.



Continuación de cobertura durante una apelación

Si vamos a reducir o dejar de brindar un servicio que habíamos aprobado previamente y no se ha alcanzado el límite de tiempo aprobado, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el servicio hasta:

- El final del período de tratamiento aprobado
- O
- hasta que se determine la apelación

Si no se aprueba su apelación, usted puede ser financieramente responsable de la continuación de los servicios.

Puede solicitar la continuación de los servicios llamando a Servicios para afiliados, al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

NOTA: usted no puede solicitar una extensión de servicios después de que haya finalizado la autorización original. Para obtener más detalles, llame a Servicios para afiliados al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

Revise su Evidencia de Cobertura para ver los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluidos detalles específicos y plazos de presentación. Puede consultar la Evidencia de Cobertura en su cuenta de afiliado en línea.

¿Qué es la gestión de uso?

Queremos asegurarnos de que reciba la atención y los servicios correctos. Nuestro proceso de gestión de uso (UM) está diseñado para garantizar que reciba el tratamiento que necesita.

Aprobaremos todos los beneficios cubiertos que sean médicamente necesarios. Nuestro departamento de UM revisa que el servicio necesario sea un beneficio cubierto. Si lo es, el personal de enfermería de UM lo revisará para saber si el servicio solicitado cumple con los criterios de necesidad médica. Para eso, revisan las notas médicas y hablan con su médico. Ambetter no recompensa a los profesionales, proveedores o empleados que llevan a cabo las revisiones de uso, incluidos aquellos de entidades delegadas. Las decisiones que toma el departamento de UM se basan solo en que la atención y los servicios sean apropiados, y en la existencia de cobertura. Ambetter de Illinois no recompensa en forma específica a profesionales u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos económicos para las personas de UM que toman las decisiones no alientan decisiones que resultan en una utilización deficiente.

¿Qué es una revisión de uso?

Ambetter revisa los servicios para asegurarse de que la atención que recibe sea la mejor manera de ayudar a mejorar su afección de salud. La revisión de uso incluye lo siguiente:

Revisión de autorización previa o anterior al servicio.

En ocasiones, Ambetter puede tener que aprobar los servicios médicos antes de que usted los reciba. Ese proceso se conoce como autorización previa. Autorización previa significa que hemos aprobado previamente un servicio médico.

Para saber si un servicio requiere autorización previa, consúltelo con su PCP, el proveedor que lo indica o en el área de Servicios para afiliados de Ambetter. Cuando recibamos su solicitud de autorización previa, nuestros enfermeros y médicos la revisarán. Si no recibe autorización previa para un servicio médico cuando se requiere, usted será responsable de todos los cargos.

Revisión concurrente

En una revisión de uso concurrente se evalúan sus servicios o planes de tratamiento (como una estadía como paciente hospitalizado o una admisión al hospital) mientras se producen. En este proceso se determina cuándo es posible que el tratamiento ya no sea médicamente necesario. Incluye la planificación del alta para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después de dejar el hospital.

Revisión retrospectiva

Se produce después de que ya se ha brindado un servicio. Ambetter puede hacer una revisión retrospectiva para asegurarse de que la información proporcionada al momento de la autorización haya sido correcta y estuviera completa. También podemos evaluar servicios que usted recibió en circunstancias especiales (por ejemplo, si no recibimos pedido de autorización o aviso previo debido a una emergencia).



¿Qué es una revisión de uso? (continuación)

Notificación de servicios aprobados

Puede encontrar la información sobre todas las reclamaciones (incluidas autorizaciones previas) al iniciar sesión en el portal seguro de afiliados y seleccionar el enlace de actividad y uso.

Determinaciones adversas y apelaciones

Una determinación adversa se produce cuando se considera que un servicio no es médicamente necesario o apropiado, o porque es experimental y está en investigación. Recibirá un aviso por escrito en el que se le informará si hemos tomado una determinación adversa. En el aviso, recibirá información detallada sobre por qué se tomó la decisión y el proceso y los plazos que debería cumplir para presentar apelaciones.

Recursos y recompensas para afiliados



Visítenos en línea en Ambetterofillinois.com

Nuestro sitio web lo ayuda a obtener las respuestas que necesita para recibir la atención correcta, de la manera correcta; incluida una cuenta del afiliado en línea para que usted revise el estado de su reclamación, vea su *Evidencia de Cobertura (EOC)* o entienda sus gastos de bolsillo, copagos y el progreso hasta cumplir con su deducible anual.

Conéctese en línea y tome el control

¿Sabía que siempre puede obtener acceso a recursos útiles e información sobre su plan? ¡Todo está en nuestro sitio web! Visite AmbetterofTennessee.com y tome el control de su salud.

En nuestro sitio web, puede hacer lo siguiente:

- Encontrar un PCP
- Localizar otros proveedores, como una farmacia
- Encontrar información de salud
- Conocer programas y servicios que pueden ayudarlo a recuperar su salud y a mantenerse sano

Inicie sesión en su cuenta de afiliado en línea para:

- Pagar su factura mensual
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal o solicitar un reemplazo de su tarjeta
- Ver el estado de sus reclamaciones e información de pagos
- Cambiar su PCP
- Buscar información de beneficios de farmacia
- Enviarnos un correo electrónico seguro
- Leer su material del afiliado (*Evidencia de Cobertura, Programa de beneficios*, esta QRG)
- Participar en el programa de recompensas *myhealthpays*[®]
- Completar la Encuesta de bienestar
- Comunicarse con un enfermero en línea
- Revisar los gastos de bolsillo, copagos y el progreso con respecto a deducibles

Programa de recompensas

myhealthpays[®]

¡No se pierda el emocionante programa *myhealthpays*[®] y comience a ganar puntos hoy!

Inicie sesión ahora y active su cuenta para comenzar a ganar más recompensas.

1. Inicie sesión en su [cuenta de afiliado de Ambetter](#) o cree su cuenta ahora mismo.
2. Haga clic en Rewards (Recompensas) en la página de inicio.
3. Acepte los términos y condiciones. ¡Y comience a ganar puntos!

Si ya activó su cuenta, vuelva a iniciar sesión para completar actividades saludables y seguir ganando.

Los fondos vencen apenas termina la cobertura del seguro.

Conexión de su atención médica:



NUEVAS OPCIONES PARA MANEJAR SU HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

A partir del 1 de julio de 2021, una nueva norma federal llamada de Interoperabilidad y Acceso del Paciente (CMS-915-F) hizo más fácil a los afiliados de Ambetter acceder a su información de salud cuando más la necesitan. Ahora usted tendrá acceso completo a su información de salud en su dispositivo móvil, lo que le permitirá manejar mejor su salud y saber qué recursos de atención médica tiene disponibles.

Imagine lo siguiente:

- Acude a un nuevo proveedor de salud porque no se siente bien y le presenta su historia clínica de los cinco últimos años desde su teléfono celular.
- Puede revisar una Guía de proveedores actualizada: buscar un proveedor o especialista que pueda usar su historia clínica para darle un diagnóstico y asegurarse de que reciba la atención adecuada.
- Tiene una pregunta sobre una reclamación, entonces va a su computadora y mira si está pagada, la denegaron o aún la procesan.
- Puede tener con usted los datos de su historia clínica a pedido mientras cambia de planes de salud.*

**A partir del 1 de enero de 2022, los afiliados tendrán esta capacidad de solicitar que se les transfiera su información de salud mientras cambian de un plan de salud a otro.*

LA NUEVA NORMA HACE QUE USTED PUEDA BUSCAR INFORMACIÓN** CON FACILIDAD SOBRE:

- Reclamaciones (pagadas y denegadas)
- Partes específicas de su información clínica
- Cobertura de medicamentos en farmacia
- Proveedores de atención médica

***La información que está disponible es para fechas de servicio del 1 de enero de 2016 o posteriores*

Para obtener más información, visite su cuenta de afiliado en línea de Ambetter.

Palabras que debe conocer

Glosario de atención médica

Sabemos que el seguro de salud a veces puede parecer confuso. Para ayudarlo, creamos una lista de expresiones que es posible que necesite saber al leer esta QRG. Consúltela.

Apelación

Una apelación es una solicitud para reconsiderar una determinación sobre los beneficios del afiliado, cuando se le ha denegado un servicio o una reclamación. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra determinación de rechazar, modificar, reducir o terminar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de atención médica, incluidos la admisión a un establecimiento de atención médica o estadía continuada en él. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa, de manera oportuna, puede considerarse como una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

Atención de emergencia/Emergencias

La atención de emergencia es atención que usted recibe en una sala de emergencias. Vaya a la sala de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica de emergencia inmediata.

Atención de urgencia

La atención de urgencia es atención médica que usted necesita rápidamente. Puede recibir atención de urgencias en un centro de atención de urgencia.

Autorización previa

Puede que se requiera autorización previa para servicios cubiertos. Cuando se requiere autorización previa para un servicio, es necesario que se lo apruebe antes de que visite a su proveedor. Él deberá presentar una solicitud de autorización previa.

Aviso de determinación adversa

Este es el aviso que recibe si denegamos cobertura para un servicio que ha solicitado.

Consulta

Una solicitud de aclaración de un beneficio, producto o elegibilidad sin expresar insatisfacción.

Copago

La cantidad fija de dinero que paga cada vez que recibe un servicio médico o surte una receta.

Dentro de la red (Proveedores o servicios)

La red de Ambetter es el grupo de proveedores y hospitales con los que nos asociamos para darle atención. Si su proveedor o servicio está dentro de nuestra red, está cubierto en su plan de salud. Si un proveedor o servicio está fuera de la red, usted podría ser responsable de los servicios que reciba. Cuando sea posible, quédese dentro de la red.

Evidencia de Cobertura

El documento que enumera todos los servicios y beneficios que cubre su plan en particular. Su *Evidencia de Cobertura* tiene información sobre los beneficios específicos cubiertos y excluidos según su plan de salud. Revise su *Evidencia de Cobertura*: lo puede ayudar a entender con exactitud lo que su plan cubre y lo que no.

Para ver una lista completa de definiciones, consulte su *Evidencia de Cobertura*.

Glosario de atención médica (continuación)

Gestión de uso

Este es el proceso que utilizamos para asegurar que usted reciba el tratamiento correcto. Revisamos sus circunstancias médicas y de salud y luego decidimos el mejor curso de acción.

Lista de beneficios

Su *Lista de beneficios* es un documento que enumera los beneficios cubiertos a su disposición. Contiene información sobre los montos de copago, costos compartidos y deducibles para beneficios cubiertos.

Pago de la prima

Su prima es la cantidad de dinero que pagará todos los meses por la cobertura de seguro de salud. Su cuenta mensual muestra el pago de su prima.

Proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP es el médico principal que usted verá para sus necesidades de atención médica. Conozca bien a su PCP y manténgase siempre al día con sus consultas de bienestar. Cuanto más conozca su PCP sobre su salud, mejor podrá atenderlo.

Proveedor fuera de la red

Médico o proveedor que NO está identificado en la lista más reciente de la red, que se indica en su identificación de afiliado. Los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red no están cubiertos, excepto como se indica específicamente en su *Evidencia de Cobertura (EOC)*. Consulte su *Evidencia de cobertura* para conocer los detalles relacionados con los proveedores, la atención, los servicios y gastos fuera de la red.

Queja

Cualquier reclamo sobre la calidad del servicio o la atención médica es una queja, incluida la insatisfacción con la calidad de la atención médica, el tiempo de espera de los servicios médicos, la actitud o el comportamiento del proveedor o del personal, o bien, la insatisfacción con el servicio proporcionado por el proveedor de servicios de la compañía de seguros.

Reclamo

Un reclamo puede ser una apelación o una queja. Algunos reclamos se resuelven con la primera llamada si se pueden abordar en su totalidad y darlos por finalizados.

Servicios de atención preventiva

Los servicios de atención preventiva son servicios habituales de atención médica diseñados para mantenerlo sano, detectando problemas antes de que comiencen. Por ejemplo: sus chequeos, pruebas de presión arterial, ciertas evaluaciones de detección de cáncer, etc. Puede encontrar una lista de servicios de atención preventiva en su *Evidencia de Cobertura* y en nuestro sitio web: AmbetterofIllinois.com.

Subsidio

Un subsidio es un crédito tributario que disminuye su prima mensual. Los subsidios vienen del gobierno. Si usted es elegible o no para uno depende del tamaño de su familia, su ingreso y dónde vive.

Ambetter de Illinois está asegurada por Celtic Insurance Company. © 2022 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

Declaración de no discriminación

Ambetter de Illinois, asegurada por Celtic Insurance Company, cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina en función de la raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter de Illinois no excluye personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter de Illinois:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Illinois al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).

Si considera que Ambetter de Illinois no le ha proporcionado estos servicios o en cierto modo lo ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter of Illinois, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 10341 Van Nuys CA, 91410, 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431), Fax 1-833-886-7956. Puede presentar una queja por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Illinois, asegurada por Celtic Insurance Company, está a su disposición. También puede presentar un reclamo de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Humanos, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: 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 reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter of Illinois insured by Celtic Insurance Company, 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company, 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company 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 tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter of Illinois insured by Celtic Insurance Company, 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 تساعد أسئلة حول Ambetter of Illinois insured by Celtic Insurance Company ، 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company વપશી કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વગર તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાવણા સાથે વાત કરવા માટે 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431) ઉપર કોલ કરો.
Urdu:	اگر Ambetter of Illinois insured by Celtic Insurance Company کے بارے میں آپ، یا جن کی آپ مدد کر رہے ہیں ان کے سوالات ہوں تو، آپ کو بلا معاوضہ 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company, 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company, 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company, 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company, 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 of Illinois insured by Celtic Insurance Company 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.