ambetter. FROM peach state health plan

Su Manual para afiliados 2020

Todo lo que necesita saber acerca de su plan

Para obtener más información, visite **Ambetter.pshpgeorgia.com**.

Si esta información no está en su idioma principal, llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

ambetter. FROM peach state health plan

¡Bienvenido a Ambetter de Peach State Health Plan!

Gracias por elegirnos como su plan de seguro de salud. Nos entusiasma ayudarle a tomar el control de su salud y a llevar una vida más sana y más plena.

Como afiliado nuestro, tiene acceso a muchos servicios y recursos útiles. Este manual para afiliados le ayudará a entender todos ellos. En su interior, encontrará información importante acerca de:

- Cómo funciona su plan
- Información de pagos
- A dónde ir para recibir atención
- My Health Pays®
- Beneficios farmacéuticos
- Beneficios dentales y de la vista opcionales para adultos
- TeleHealth
- ¡Y mucho más!

SU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD.

Si tiene preguntas, siempre estamos listos para ayudarlo. Y no olvide darle un vistazo a nuestra biblioteca de videos en línea en Ambetter.pshpgeorgia.com. Está llena de información útil.

Servicios para los afiliados:
1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231)

Ambetter.pshpgeorgia.com

Índice

Perspectiva general del manual para afiliados 2

Cómo comunicarse con nosotros 3

Cómo funciona su plan 4

Información sobre afiliación y cobertura 8

Servicios cubiertos | Beneficios de gastos por servicios médicos 12

Su Proveedor de atención primaria 15

A dónde ir para recibir atención 19

Programas de salud y bienestar 22

Servicios de salud conductual 26

Beneficios de farmacia 27

Beneficios dentales y de la vista para adultos 29

Administración de la utilización 30

Programa de mejora de la calidad 32

Proceso de reclamos y apelaciones del afiliado 33

Derechos y responsabilidades del afiliado 37

Palabras que debe conocer 39

Perspectiva general del manual para afiliados

Para solicitar versiones impresas de todos los materiales informativos, puede comunicarse con Servicios para los afiliados llamando al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Los recursos que necesita. Aquí mismo.

Es importante que entienda su cobertura de seguro de salud. Este manual para afiliados explica todo lo que necesita saber, ¡así que revíselo! Para obtener información sobre sus beneficios cubiertos y costos compartidos específicos del plan, revise su *Resumen de beneficios* y *Evidencia de cobertura*. Encontrará ambos en su cuenta del afiliado en línea.

Este es su Manual para el afiliado.
El Manual para el afiliado le brinda un resumen de alto nivel sobre cómo sacarle el mayor provecho a su plan. Y le ayuda a entender mejor la cobertura del seguro médico y los servicios a su disposición.

Encuentre su Manual para afiliados en Ambetter.pshpgeorgia.com en "Para los afiliados", "Materiales y formularios para los afiliados". O bien puede encontrarlo ingresando en su cuenta de afiliado en línea en "Materiales de referencia".

Ingrese a su cuenta de afiliado en línea en Member.AmbetterHealth.com

Resumen de beneficios
Su *Resumen de beneficios* es un resumen de alto nivel de los beneficios que cubre su plan, y cuánto tendrá que pagar por ellos.

Evidencia de cobertura
Su Evidencia de cobertura es una lista detallada de los beneficios que su plan cubre, así como las exclusiones que tiene el plan.

Explicación de los beneficios (EOB, por sus siglas en inglés):
Una Explicación de beneficios (EOB) es una declaración que enviamos a los afiliados para explicar qué tratamientos o servicios médicos pagamos en nombre del afiliado. Muestra el monto facturado por el proveedor, el pago del emisor y la responsabilidad financiera del afiliado, de acuerdo con los términos de la póliza. Le enviaremos una EOB al afiliado después de que recibamos y adjudiquemos una reclamación de un proveedor a nombre suyo. Si necesita ayuda para interpretar su Explicación de beneficios, comuníquese con Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Cómo comunicarse con nosotros

Cómo comunicarse con nosotros

Ambetter de Peach State Health Plan
1100 Circle 75 Parkway, Suite 1100
Atlanta, GA 30339

Si desea conversar, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Servicios para los afiliados	1-877-687-1180
Fax	1-877-941-8071
TTY/TDD	1-877-941-9231
Haga un pago	1-877-687-1180
Servicios de salud conductual	1-877-687-1180
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana	1-877-687-1180
Reclamos y quejas	1-877-687-1180
Emergencias	911
Sitio web	Ambetter.pshpgeorgia.com

Cuando llame, tenga estos datos a mano:

- Su identificación
- Su número de reclamación o factura para preguntas sobre cobranzas

Servicios de intérprete

Comuníquese con Servicios para los afiliados llamando al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) para obtener los servicios de interpretación gratuitos, según los necesite. Los servicios de interpretación incluyen los idiomas que no sean el inglés. Mediante este servicio, usted y su proveedor pueden charlar sobre sus inquietudes médicas o conductuales de una manera más cómoda para usted. Los afiliados que son ciegos o tienen problemas de visión y necesitan ayuda con la interpretación pueden llamar a Servicios para los afiliados para recibir una interpretación oral.

Cómo funciona su plan

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

¿Desea obtener más información sobre nuestra área de servicio y los proveedores de la red? Visite Ambetter.pshpgeorgia.com.

Tiene seguro de salud. ¿Y ahora qué?

Es emocionante tener seguro de salud. Para aprovechar al máximo su plan, complete esta simple lista de control. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

1. Cree su cuenta segura del afiliado en línea. Hágalo visitando la página "Para afiliados" en Ambetter.pshpgeorgia.com. Su cuenta de afiliado guarda toda la información sobre los beneficios y cobertura de su plan en un solo lugar. Le da acceso a su *Resumen de beneficios* y *Evidencia de cobertura*, información de reclamaciones, este manual para afiliados y más.
2. Complete en línea la encuesta de bienestar de Ambetter, dentro de los primeros 90 días desde su afiliación. Todo lo que tiene que hacer es ingresar a su cuenta de afiliado en línea. ¡Completar esta encuesta lo ayuda a ganar 500 puntos en myhealthpays® recompensas! Consulte la página 23 para obtener más información sobre el myhealthpays® programa.
3. Inscríbase en el pago automático de cuentas. Llámenos o entre a su cuenta del afiliado en línea para inscribirse. El pago automático de cuentas extrae automáticamente de su cuenta bancaria su pago mensual de la prima. Es simple, útil, práctico y seguro.
4. Elija a su proveedor de atención primaria (PCP). Simplemente entre a su cuenta del afiliado y vea una lista de proveedores de Ambetter en su área usando el *Directorio de proveedores* disponible en nuestro sitio web. Recuerde: su PCP, también conocido como médico personal, es el médico principal al que usted consultará para la mayor parte de su atención médica. Esto incluye sus controles, visitas cuando está enfermo y otras necesidades básicas de salud.
5. Programe su chequeo anual 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!

Respuestas a sus preguntas sobre pagos

Si tiene preguntas sobre cómo pagar la prima, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Regístrese en la facturación electrónica para recibir las facturas mensuales en línea.

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

1. **Pago en línea (¡Nuestra recomendación!)**
   a. Pago rápido: https://centene.softheon.com/Equity/#/search. Cree su cuenta del afiliado en línea en Ambetter.pshpgeorgia.com e inscríbase en el pago automático de cuentas. Puede configurar el pago automático de cuentas usando su tarjeta de crédito, tarjeta de débito prepaga, tarjeta bancaria de débito o cuenta bancaria.
   b. Además puede pagar con su tarjeta de crédito, tarjeta de débito prepaga o de débito bancaria. Simplemente siga las instrucciones de "pagar en línea" en Ambetter.pshpgeorgia.com.
   c. Si obtuvo recompensas de My Health Pays®, puede usarlas para ayudar a pagar sus primas mensuales. Ingrese en su cuenta segura para afiliados en Member.AmbetterHealth.com para obtener más información sobre el programa My Health Pays® y consultar 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 de respuesta de voz interactivo (IVR, por sus siglas en inglés). Es rápido ¡y está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana!

O

   b. Llame a Servicios de Facturación al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231), de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Usted tendrá la opción de pagar usando el sistema Interactivo de Respuesta de Voz (IVR) o hablando con un representante de servicios de cobranza.

3. **Pago por correo**
   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 del 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 de Peach State Health Plan
Attn: Billing Services
P.O. Box 743951
Atlanta, GA 30374-3951

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

(Continuación)

c. Para encontrar un local de MoneyGram cerca de usted, visite MoneyGram.com/BillPayLocations o llame al 1-800-926-9400. Para obtener más información sobre cómo usar MoneyGram para pagar la prima de Ambetter, visite MoneyGram.com/BillPayment.

¿Qué ocurre si pago con retraso?

Su factura vence antes del primer día de cada mes. Por ejemplo, si está pagando su prima para junio, esta vencerá el 31 de mayo.

Si usted no paga su prima antes de la fecha de vencimiento, es posible que ingrese a un período de gracia. Este es el tiempo adicional que le otorgamos para pagar. Durante un período de gracia, podemos retener (o dejar pendiente) el pago de sus reclamaciones. Durante su período de gracia, 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 los afiliados

Queremos que tenga una excelente experiencia con Ambetter. Nuestro Departamento de servicios para los afiliados siempre está aquí para ayudarlo. Podemos ayudarlo a:

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

Debe comunicarse con el Mercado de seguros de salud para:

- Actualizar la información de inscripción, como su fecha de nacimiento, dirección, o para reportar ingresos o cambio de situación de vida.
- Finalizar su cobertura de Ambetter.

Visite HealthCare.gov o llame 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 le ayude.

¡Tiene pérdida de la audición total o parcial? Llame a TTY/TDD 1-877-941-9231 o visite Ambetter.pshpgeorgia.com.

Si necesita ayuda para decidir a dónde dirigirse para recibir atención, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Ante una emergencia, llame al 911 o diríjase directamente a la sala de emergencias más cercana. Solicite servicios de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica inmediata de emergencia.

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, le facilita 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 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) si tiene preguntas sobre:

- Su salud, medicamentos o una afección crónica
- Si debe ir a la sala de emergencias (ER) o consultar a su PCP
- Qué hacer si uno de sus hijos está enfermo
- Cómo manejar una afección en medio de la noche
- Acceso a nuestra biblioteca de información de salud en línea
- Atención de urgencia

Información sobre afiliación y cobertura

Esté al tanto de la información importante sobre cómo mantener la cobertura. Siempre puede obtener acceso a recursos útiles e información sobre el plan. Visite Ambetter.pshpgeorgia.com y tome el control de su salud.

Detalles importantes sobre la cobertura

Su cobertura de Ambetter es válida mientras usted siga pagando su prima y cumpla los requisitos de elegibilidad* del Mercado de seguros de salud.

*Con el fin de mantener la elegibilidad con un plan del mercado, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Vivir en los Estados Unidos
- Ser un ciudadano legal de los Estados Unidos o un inmigrante que se encuentre de forma legal en los Estados Unidos y sea residente de Georgia, dentro del área de cobertura de Ambetter (legalmente presente)
- No estar encarcelado, recluido o emancipado
- No estar cubierto por Medicaid, Medicare, MMP o programas federales o estatales similares

No discriminamos por motivos de ingresos, antecedentes médicos, afección física o mental, estado previo como afiliado, enfermedades preexistentes o estado de salud o genético esperado, o por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, orientación sexual, identidad de género, edad, incapacidad o condición de vivienda.

Si necesita información sobre la Cobertura de afiliados dependientes, consulte su *Evidencia de cobertura*.

Cuenta de ahorro de salud (HSA)

Si está inscrito en un plan de salud de deducible alto calificado (HDHP) compatible con una HSA, su deducible y su máximo de gastos de bolsillo serán diferentes. En los HDHP conectados con las HSA, una persona con un plan de cobertura individual debe alcanzar el deducible por cuenta individual. En un plan familiar, cada afiliado de la familia debe alcanzar el deducible individual hasta que se alcance el deducible familiar.

De acuerdo con las normas del IRS, el deducible individual en el plan familiar de una HSA debe ser de al menos $2,800 en 2020. Para que una persona reúna las condiciones, el plan debe tener un deducible anual de $1,400 para la cobertura individual. El máximo de gastos de bolsillo incluye el deducible, los copagos y el coseguro. En un plan individual, el afiliado es responsable de todos los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, hasta el máximo de gastos de bolsillo de cuenta individual. En un plan familiar, el afiliado es responsable de todos los deducibles, copagos y coseguros hasta el máximo de gastos de bolsillo individual y hasta que los deducibles, copagos y coseguros combinados igualen el máximo de gastos de bolsillo familiar. Cuando la combinación de deducibles, copagos y coseguros de la familia combinados igualan el máximo de gastos de bolsillo familiar, todos los miembros de la familia han alcanzado el máximo de gastos de bolsillo.

Cuentas de Ahorro de Salud (HSA)

(Continuación)

Si no está seguro de si está inscrito en un plan HDHP del tipo de plan HSA-HDHP de Ambetter, llame a Servicios para los afiliados.

Para obtener información sobre los límites de contribución de HSA, consulte https://www.irs.gov//irb/2019-22_IRB#REV-PROC-2019-25.

Cómo encontrar la atención correcta

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

Para buscar en nuestro Directorio de proveedores, visite Ambetter.pshpgeorgia.com/findadoc y use nuestra herramienta **Encontrar un proveedor**. Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores, incluso información como nombre, dirección, números telefónicos, horarios de atención, certificaciones profesionales, especialidad y certificación de la junta médica. La herramienta puede ayudarle a encontrar a un proveedor de atención primaria (PCP), farmacia, laboratorio, hospital o especialista. Puede limitar su búsqueda por:

- Especialidad del proveedor
- Código postal
- Género
- Idiomas que se hablan
- Si actualmente acepta o no pacientes nuevos

Un Directorio de proveedores es una lista de los proveedores que se encuentran cerca de usted. Si desea obtener una copia impresa de esta lista, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Proveedor perteneciente a la red o de la red se refiere a un médico o proveedor identificado en la lista más reciente de la red que se indica en su tarjeta de identificación.

Proveedor fuera de la red o ajeno a 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 el directorio de proveedores para obtener la información más reciente sobre si el proveedor que planea consultar está o no en la red. Lo alentamos a que pregunte a los proveedores si participan en Ambetter antes de que le brinden tratamiento, para que sepa si es posible que reciba o no una factura adicional por sus servicios. Para obtener más información, llame a Servicios para los afiliados.

¡Recuerde seleccionar a un PCP de la red! Revise nuestro *Directorio de proveedores* para obtener una lista completa de las opciones y la información de contacto. Está en la página ***Encontrar a un proveedor*** de Ambetter.pshpgeorgia.com/findadoc.

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre la guía de proveedores.

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

Consulte la sección “Palabras que debe saber” para obtener información sobre los copagos, el coseguro y los deducibles.

Su Paquete de bienvenida para el afiliado de Ambetter

Cuando se inscriba en Ambetter, recibirá un paquete de bienvenida para el afiliado. Su paquete de bienvenida incluye información básica sobre el plan de salud que seleccionó. Recibirá su paquete de bienvenida antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter.

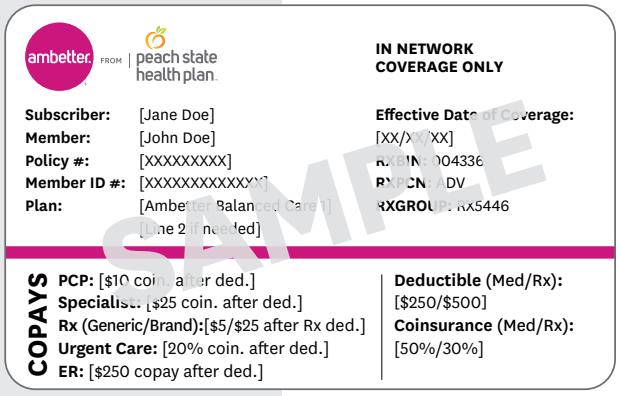
Su tarjeta de identificación del afiliado de Ambetter

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

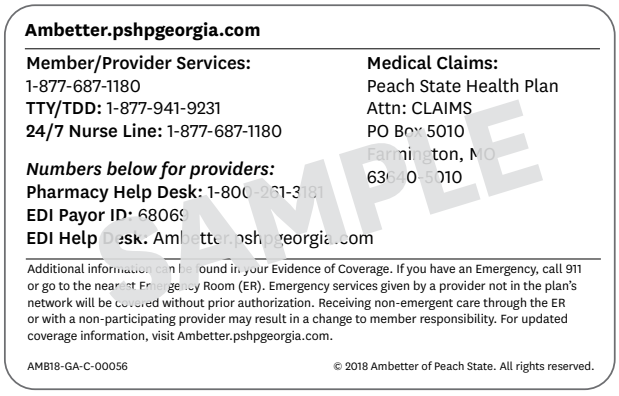
- Tenga consigo esta tarjeta en todo momento
- Deberá presentar esta tarjeta cada vez que reciba servicios de atención médica
- Recibirá sus tarjetas de identificación de afiliado antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter. Si no recibe su tarjeta de identificación de afiliado antes de que comience su cobertura, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Le enviaremos otra tarjeta.
- No recibirá su paquete de bienvenida y las tarjetas de identificación del afiliado hasta que el pago vinculante y la prima del primer mes estén pagados en su totalidad.

Si necesita una tarjeta de identificación temporal, o si desea solicitar un reemplazo de su tarjeta de identificación, entre a su cuenta segura de afiliado.

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



Frente



Dorso

Para obtener información sobre la Cobertura de afiliados dependientes, consulte su *Evidencia de cobertura*.

Visítenos en línea en Ambetter.pshpgeorgia.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, lea la *Evidencia de cobertura (EOC)* o entienda los gastos de bolsillo, copagos y el progreso hasta alcanzar el 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 Ambetter.pshpgeorgia.com y tome el control de su salud.

En nuestro sitio web, puede:

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

Entre a 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 los materiales para el afiliado (su *Evidencia de cobertura*, *Resumen de beneficios*, este manual)
- Participar en el nuevo myhealthpays® programa de recompensas
- Completar la encuesta de bienestar
- Comunicarse con un enfermero por la web
- Revisar los gastos de bolsillo, copagos y el avance con respecto al deducible.

Servicios cubiertos | Beneficios de gastos por servicios médicos

Nuestros planes ofrecen cobertura para una amplia gama de servicios de atención médica. Entienda los beneficios y la cobertura incluidos en el plan de salud de Ambetter.

¿Qué cubre su plan?

Queremos satisfacer sus necesidades de atención médica. Por lo que nuestros planes brindan cobertura para una amplia gama de servicios médicos y de salud conductual.

Para que un servicio sea cubierto y elegible para reembolso, debe:

- Estar descrito en su *Evidencia de cobertura*
- Ser necesario desde el punto de vista médico
- Estar indicado por su proveedor tratante o proveedor de atención primaria (PCP)
- Estar autorizado por nosotros (cuando se requiera)
  - Por ejemplo:
    - Servicios de, o visitas a, un proveedor fuera de la red
    - Ciertos procedimientos quirúrgicos
    - Ingresos como paciente internado

Encontrará la lista completa de servicios de atención preventiva, recomendaciones y pautas en www.Healthcare.gov/center/regulations/prevention.html.

La Lista de medicamentos de Ambetter tiene una lista completa de todos los medicamentos cubiertos. Lea su copia en Ambetter.pshpgeorgia.com/resources/pharmacy-resources.html.

Autorización previa

Autorización previa significa que un servicio necesita la aprobación de Ambetter antes de que usted consulte al proveedor.

¿Desea saber si un servicio necesita autorización o verificar el estado de un servicio que se presentó para autorización? Llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Si no obtiene autorización previa antes de recibir los servicios, es posible que se lo considere responsable por el pago total.

Encontrará información sobre sus copagos específicos, costos compartidos y deducibles en su *Resumen de beneficios*. Para leer la lista de exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*. Encontrará su *Resumen de beneficios* y *Evidencia de cobertura* en línea. Simplemente ingrese a su cuenta de afiliado en línea.

¿Qué no está cubierto?

Ofrecemos muchos beneficios importantes de bienestar y evaluaciones de salud. Sin embargo, aún hay algunas cosas que su cobertura no incluye.

Consulte su Evidencia de cobertura para leer los detalles de cada servicio cubierto. Su *Evidencia de cobertura* tiene una lista completa de limitaciones y exclusiones de la cobertura, más una lista de los servicios de atención médica y servicios preventivos que están cubiertos en su plan en particular.

!

Nota: Si un servicio no se indica específicamente como cubierto, entonces no está cubierto en el Plan de salud de Ambetter.

Para leer la totalidad de los servicios de atención preventiva, así como otros servicios cubiertos, consulte la Evidencia de cobertura.

!

Cada vez que reciba atención, asegúrese de hacerlo dentro de la red de Ambetter. Recuerde usar un proveedor de la red cuando reciba los servicios de atención preventiva. Use nuestra herramienta ***Encontrar a un proveedor*** en Ambetter.pshpgeorgia.com para saber si un proveedor pertenece a la red.

Cómo obtener atención médica cuando está lejos de casa

Cuando está fuera del área de servicio, no cubrimos su atención de rutina o mantenimiento. Sin embargo, cubrimos la atención de emergencia fuera de su área de servicio.

Si usted está temporalmente fuera del área y tiene una emergencia médica o de salud conductual, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Asegúrese de llamarnos y de informar su emergencia en el plazo de un día hábil. No necesita aprobación previa para la atención de emergencia.

Usted puede tener responsabilidad adicional desde el punto de vista económico si está fuera de la red. Consulte su Evidencia de cobertura o llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) para obtener más información.

Use la herramienta "Encontrar a un proveedor" en Ambetter.AZcompletehealth.com para buscar proveedores de la red en otras áreas.

Facturación del proveedor: Qué esperar

Después de recibir atención médica, usted podría recibir una factura de su proveedor. Los proveedores solo pueden cobrarle por su parte del costo de servicios cubiertos. Esto incluye el deducible, el copago, el porcentaje de costos compartidos, y cualquier servicio no autorizado o no cubierto. Si recibe una factura de un proveedor que no refleja su parte de los costos de conformidad con su Lista de Beneficios o Explicación de beneficios, comuníquese con nosotros de inmediato. No debe recibir facturas por saldos que excedan su responsabilidad por los **servicios cubiertos** brindados por proveedores de la red.

En los casos en que se deniegue un servicio por razones que sean de su responsabilidad, como no ser elegible en la fecha del servicio u obtener servicios que no sean de emergencia de un proveedor fuera de la red sin la autorización correspondiente, usted puede recibir una factura por los servicios denegados. Además, estos gastos no se acreditarán en su deducible o límite máximo del monto de gastos de bolsillo.

Podría ser importante que mantenga un registro de sus gastos. Para su conveniencia, puede ingresar a nuestro sitio web seguro para afiliados en Ambetterhealth.com, luego seleccione la pestaña Beneficios para ver su parte de los costos del año hasta la fecha. Esta información se actualiza en un plazo de 48 horas a partir del pago de la reclamación, y es la misma información disponible para los afiliados y nuestros proveedores de servicios. El monto de su parte de los costos se acredita a medida que se pagan las reclamaciones, no por la fecha del servicio.

También puede consultar nuestro Aviso de transparencia ingresando a Ambetterhealth.com y seleccionando "Materiales y formularios". Si tiene preguntas sobre una factura o cuenta que recibió, comuníquese con nosotros.

Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos

Normalmente los proveedores presentarán reclamaciones en su nombre, pero algunas veces puede ser necesario que usted presente las reclamaciones por los servicios cubiertos. Esto suele ocurrir si:

- Su proveedor no tiene un contrato con nosotros
- Tiene una emergencia fuera del área

Si ha pagado por servicios que hemos acordado cubrir, puede solicitar el reembolso por el monto que pagó. Podemos ajustar su deducible, copago o costos compartidos para reembolsárselos.

Para solicitar el reembolso por un servicio cubierto, necesita una copia de la reclamación detallada del proveedor. Además necesita presentar una explicación de por qué pagó por los servicios cubiertos junto con el formulario de reclamación de reembolso del afiliado que se encuentra en el sitio web del plan de salud en "Recursos para los afiliados". Envíe esto a la dirección siguiente:

Ambetter de Peach State Health Plan
Attn: Claims Department
P.O. Box 5010
Farmington, MO 63640-5010

Nuestro Aviso de transparencia proporciona información adicional sobre el proceso de presentación de reclamaciones. Se encuentra en Ambetter.pshpgeorgia.com en "Materiales y formularios para los afiliados".

¿Cuándo necesita una referencia?

Si tiene un problema médico, afección, lesión o enfermedad específica, probablemente necesite consultar a un especialista. Un especialista es un proveedor que está capacitado en una especialidad de la atención médica. Para consultar a un especialista, es posible que necesite una derivación de su PCP.

Sus beneficios pueden reducirse, o no tener cobertura, si no se cumplen los requisitos de derivación.

Es posible que se requiera autorización previa para los servicios cubiertos. Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

Su Proveedor de atención primaria

Cuando consulte a su PCP, ¡recuerde llevar siempre la tarjeta de identificación del afiliado y una identificación con foto!

Consultar a su PCP para realizarse controles regulares le permite detectar problemas de forma temprana y lo hace elegible para una recompensa en su myhealthpays® cuenta.

Es posible que haya elegido a su PCP cuando se afilió. Si no lo hizo, es posible que lo asignemos a un PCP. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para obtener más información, visite Ambetter.pshpgeorgia.com.

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Además puede leer nuestra lista de proveedores en la página ***Encontrar a un proveedor*** en Ambetter.pshpgeorgia.com.

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su médico principal. También se lo conoce como su médico personal. Su PCP es la persona a la que debería consultar para todos los aspectos de su atención médica, desde su atención preventiva hasta sus necesidades básicas de salud, y más. Cuando está enfermo y no sabe qué hacer, debe comunicarse con su PCP.

Es necesario que tenga un PCP. Si no ha elegido uno, es hora de hacerlo. Puede elegir a su PCP de la red mediante nuestra herramienta en línea **Encontrar a un proveedor**. Después de elegir a un PCP, programe una visita de atención preventiva. Recuerde, debe conocer a su PCP y establecer una relación sana, ¡comience hoy!

Su PCP:

- Le brindará atención médica preventiva y evaluaciones de diagnóstico
- Le realizará sus exámenes físicos regulares, según los necesite
- Llevará a cabo vacunaciones regulares, según lo necesite
- Le brindará servicios de manera oportuna
- Trabajará con otros médicos cuando usted reciba atención en algún otro lugar
- Coordinará la atención especializada con especialistas de la red de Ambetter
- Proveerá toda la atención continua que usted necesite
- Actualizará su historia clínica, que incluye llevar el registro de toda la atención que usted recibe de todos sus proveedores
- Tratará a todos los pacientes de la misma manera, con dignidad y respeto
- Se asegurará de que usted pueda comunicarse con él u otro proveedor, en todo momento
- Conversará con usted sobre qué son las directivas anticipadas y archivará las directivas apropiadamente en su historia clínica

Cómo elegir al PCP correcto

Usted puede elegir a cualquier PCP disponible en nuestra red. ¡La decisión es suya! Podrá elegir entre:

- Médicos de familia
- Médicos generales
- Internistas
- Enfermeros con licencia*
- Asistentes médicos
- Obstetras/ginecólogos
- Pediatras (para los niños)

*Si elige a un enfermero con licencia como su PCP, su cobertura de beneficios y los montos de los copagos serían los mismos que para los servicios de otros proveedores de la red. Lea su *Resumen de beneficios* para obtener más información.

Cómo elegir a un PCP para adultos

Como adulto joven, tener su propio plan de salud significa que querrá tomar decisiones saludables. Comience por elegir a un proveedor de atención primaria para adultos (PCP) u otro proveedor de atención médica. Su PCP para adultos reemplazará al pediatra.
De esta manera, usted se hará cargo de su salud con un chequeo anual, una vacuna anual contra la gripe y otros hábitos saludables importantes. ¡Llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 y permítanos ayudarle a encontrar a su PCP para adultos hoy!

Cómo programar una cita con su PCP

Puede llamar al consultorio de su PCP para obtener información sobre cómo recibir atención médica fuera del horario de atención en su área. Si necesita cancelar o cambiar su cita, llame con 24 horas de anticipación. En cada cita, asegúrese de llevar su tarjeta de identificación del afiliado y una identificación con foto.

¿Cuánto tiempo debería tomar conseguir una cita?

Es importante que usted pueda programar las citas cuando necesite atención médica. Es por eso que Ambetter ha creado una guía para ayudarle a entender qué esperar cuando necesite una cita.

- Visitas de rutina al PCP, dentro de 30 días calendario
- Visitas de urgencia al PCP, en 48 horas después de la solicitud
- Visitas por enfermedad de adultos, en 48 horas después de la solicitud

Usted no debería esperar más de 30 minutos para una cita programada. Si se cree que el tiempo de espera será superior a 30 minutos, la oficina debe ofrecerle la opción de esperar o reprogramar la cita.

Cuidado las 24 horas del día

Algunas veces, usted necesita ayuda médica cuando el consultorio de su PCP está cerrado. Si esto ocurre, no se preocupe. Simplemente llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Un enfermero con licencia siempre está disponible y listo para responder sus preguntas de salud. Ante una emergencia, llame al 911 o diríjase directamente a la sala de emergencias más cercana.

Lo recomendamos consultar siempre a un proveedor de la red de Ambetter. Si tiene problemas para encontrar a un proveedor de la red, llámenos al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Consulte su *Resumen de beneficios* para asegurarse de que entiende que puede ser responsable de todos los costos asociados con la atención si elige consultar a proveedores fuera de nuestra red.

¿Tiene problemas para conseguir una cita con su PCP? ¿Necesita ayuda con la atención de seguimiento? Llame a Servicios para los afiliados: 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Estamos aquí para ayudarle.

Puede llamar al consultorio de su PCP para obtener información sobre cómo recibir atención médica fuera del horario de oficina de su área. Si tiene un problema médico o pregunta urgente y no puede comunicarse con su PCP durante el horario normal de atención, puede llamar a la Línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Si no está seguro de a dónde acudir para recibir atención, llame a su PCP. Si su PCP no está disponible, llame a la Línea de asesoramiento de enfermería o ingrese a Ambetter.pshpgeorgia.com para saber dónde puede recibir atención.

Ambetter Telehealth

Ambetter Telehealth le brinda acceso durante las 24 horas a proveedores de atención médica de la red de Ambetter, en caso de que usted tenga un problema de salud que no sea de emergencia. Está disponible para su uso desde su casa, la oficina o incluso cuando esté de vacaciones.

Antes de empezar a usar Ambetter Telehealth, debe configurar su cuenta en AmbetterTelehealthGA.com.

Los proveedores de Ambetter Telehealth están disponibles por teléfono o video cuando necesite atención médica, un diagnóstico o una receta médica. Como parte de nuestro Programa de manejo de la salud, Ambetter ofrece un copago de $0 para los proveedores de Telehealth de la red. Puede elegir recibir atención inmediata o programar una cita para un momento que se ajuste a su horario.

Póngase en contacto con Ambetter Telehealth si tiene enfermedades como:

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

Ambetter no proporciona atención médica. Los proveedores individuales proporcionan atención médica a través de Teladoc Health.

Para encontrar a otro proveedor o especialista de nuestra red, lea nuestra lista de proveedores en la página ***Encontrar a un proveedor*** en Ambetter.pshpgeorgia.com/findadoc.

Cómo elegir a un PCP distinto

Queremos que usted esté contento con la atención que reciba de nuestros proveedores. Así que si le gustaría cambiar de PCP por cualquier razón, visite Ambetter.pshpgeorgia.com. Entre a su cuenta de afiliado en línea y siga estos pasos:

1. **Haga clic en "Vista de la cobertura" o en "Editar cuenta".**
2. **Seleccione el ícono de cambios, ubicado en la sección "Mi proveedor de atención primaria" de la página.**
3. **Elija a un PCP de la lista. Asegúrese de elegir a un PCP que actualmente esté aceptando nuevos pacientes.**

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Además puede leer nuestra lista de proveedores en la página Encontrar a un proveedor en **Ambetter.pshpgeorgia.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. Consulte su *Resumen de Beneficios* para obtener más información.

¿Qué ocurre si su proveedor sale de nuestra red?

Llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) tan pronto como sepa que su PCP saldrá de la red. Podemos ayudarlo.

Si tiene un especialista que sale de nuestra red de proveedores, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Trabajaremos con usted para ayudarlo.

Existen circunstancias especiales que le permitirán continuar el tratamiento por un tiempo limitado con un proveedor que ha salido de la red. Usted podrá hacerlo siempre y cuando la desvinculación del proveedor no sea por razones relacionadas con la calidad. Consulte su *Evidencia de cobertura* para conocer los detalles sobre circunstancias especiales.

¿Qué sucede con los proveedores que no están en la red?

Siempre debe tratar de consultar a proveedores de nuestra red.

Proveedor perteneciente a la red o de la red se refiere a un médico o proveedor identificado en la lista más reciente de la red que se indica en su tarjeta de identificación.

Proveedor fuera de la red o ajeno a 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 los que se indiquen 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.

A dónde ir para recibir atención

Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana en cualquier momento: 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Reciba la atención correcta en el lugar correcto

Cuando necesite atención médica, es necesario que pueda decidir rápidamente a dónde ir o qué hacer. ¡Sepa cuáles son sus opciones! Estas incluyen:

1. **Llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana**
2. **Cómo programar una cita con su proveedor de atención primaria (PCP)**
3. **Visitar un centro de atención de urgencias**
4. **Ir a la sala de emergencias (ER)**

Su decisión dependerá de su situación específica. La sección siguiente describe cada una de sus opciones con más detalle, así que siga leyendo.

Y recuerde: asegúrese siempre de que sus proveedores sean de la red. Usar proveedores de la red puede ahorrarle dinero en sus costos de atención médica.
Cada vez que reciba atención médica, necesitará su tarjeta de identificación del afiliado.

Qué hacer si su afección no pone la vida en peligro

Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana, o visite a su PCP.

Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana si necesita:

- Saber si debe buscar tratamiento médico de inmediato
- Ayuda para cuidar a un niño enfermo
- Respuestas a preguntas sobre su salud

Visite a su PCP si necesita:

- Ayuda con problemas médicos como resfriados, gripes y fiebre
- Tratamiento para un problema de salud continuo, como el asma o la diabetes
- Un chequeo general
- Vacunas
- Asesoramiento sobre su salud en general
- Atención preventiva o pruebas de detección

Tenga la tarjeta de identificación del afiliado y la identificación con foto listas. Las necesitará siempre que reciba cualquier tipo de atención.

La atención médica urgente no es atención médica de emergencia. Acuda a la sala de emergencias solo si su médico le dice que vaya o si tiene una emergencia que pone su vida en peligro.

Asegúrese siempre de que sus proveedores sean de la red. Usar proveedores de la red puede ahorrarle dinero en sus costos de atención médica.

Si necesita ayuda para decidir a dónde dirigirse para recibir atención, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Ante una emergencia, llame al 911 o diríjase directamente a la sala de emergencias más cercana. Solicite servicios de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica inmediata de emergencia.

Cuándo ir a un centro de atención de urgencia

Un centro de atención de urgencia brinda atención práctica y rápida para enfermedades o lesiones que no ponen la vida en peligro, pero que igual es necesario tratar dentro de un período de 24 horas. Normalmente, usted irá a atención de urgencia si su PCP no puede darle una cita inmediatamente.

Los servicios comunes de atención de urgencia incluyen:

- Esguinces
- Infecciones de oído
- Fiebre alta
- Síntomas de gripe con vómitos

Si cree que necesita ir a un centro de atención de urgencia, siga estos pasos:

- Llame a su PCP. Su PCP le puede brindarle atención e indicaciones por teléfono o enviarlo al lugar correcto para su atención.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, puede seguir una de las dos opciones a continuación:
  1. Visite nuestro sitio web Ambetter.pshpgeorgia.com/findadoc, escriba su código postal y haga clic en “Búsqueda detallada”. En el menú desplegable “Tipo de proveedor”, seleccione “Atención de urgencias y en clínicas de atención sin cita previa” y luego haga clic en la barra verde de “Buscar”.
  2. Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Un enfermero le ayudará por teléfono o le dirigirá a otra atención médica. Es posible que deba proporcionarle su número de teléfono al enfermero.

Revise su *Resumen de beneficios* para saber cuánto debe pagar por servicios de atención de urgencia.

Después de la visita, infórmele a su PCP que fue atendido en un centro de atención de urgencia y explíquele el motivo.

Cuándo ir a la sala de emergencias

Se considera una situación de emergencia todo lo que podría poner su vida en peligro (o la vida de su bebé que no ha nacido, si está embarazada) si no recibe atención médica inmediata. Los servicios de emergencia tratan lesiones accidentales o el inicio de lo que parece ser una afección médica. Cubrimos servicios médicos y de salud conductual de emergencia tanto dentro como fuera del área de servicio. Cubrimos estos servicios las 24 horas, los 7 días de la semana.

Tenga en cuenta que algunos proveedores que lo tratan en la sala de emergencias pueden no tener contrato con Ambetter. Si ese es el caso, le pueden cobrar la diferencia entre nuestro monto permitido y el costo cobrado por el proveedor.

Es una buena idea preguntar a sus proveedores si están dentro de la red de Ambetter para que usted no reciba cargos inesperados.

Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre la facturación del proveedor y la facturación de esta diferencia.

Cuándo ir a la sala de emergencias

(Continuación)

Vaya a la sala de emergencias si tiene:
• Fracturas de huesos • Hemorragia que no se detiene • Dolores de parto u otro sangrado (si está embarazada) • Dolores intensos de pecho o síntomas de ataque cardíaco • Sobredosis de drogas • Ingestión de tóxicos • Quemaduras graves • Síntomas de shock (sudor, sed, mareos, piel pálida) • Convulsiones o ataques • Problemas para respirar • Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar • Heridas de bala o cuchillo

No vaya a la sala de emergencias por:
• Gripes, resfriados, dolores de garganta o dolores de oído • Esguinces o distensiones musculares • Cortes o raspones que no requieren sutura • Para obtener medicamentos adicionales o renovaciones de medicamentos recetados • Dermatitis del pañal

¿Qué ocurre si necesita atención de emergencia fuera de nuestra área de servicios?

Nuestro plan pagará la atención de emergencia mientras usted se encuentre fuera del condado o del estado. Si va a una sala de emergencias fuera de la red, y no es una emergencia verdadera, usted puede ser responsable de todos los montos que excedan la cobertura de su plan. Esos montos adicionales podrían ser muy grandes y se sumarían a los costos compartidos y deducibles de su plan.

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

Programas de salud y bienestar

Logramos que manejar su salud sea más fácil

Estamos comprometidos con brindarle atención médica de calidad a usted y su familia. Queremos que recupere su salud y se mantenga sano, y lo ayudamos con cualquier enfermedad o discapacidad.

Para ayudarle a manejar su salud, ofrecemos varios programas: Administración de la atención, Manejo de la salud y Start Smart for Your Baby®, nuestro programa para un embarazo sano y planificación familiar. Todos estos programas útiles se incluyen en su plan.

Los programas de manejo de la atención le permiten manejar afecciones de salud complejas. Los programas de manejo de la salud le permiten controlar una afección médica específica. ¿Tiene más preguntas? Llame a Servicios para los afiliados: 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Programas de administración de la atención

Entendemos las necesidades de salud especiales y estamos preparados para ayudarlo a manejar las que usted pudiera tener. Nuestros servicios de Administración de la atención pueden ayudar con necesidades médicas o del comportamiento complejas. Si usted es elegible para Administración de la atención, le conectaremos con un administrador de la atención. Los Administradores de la atención son asistentes sociales o enfermeros con licencia que están especialmente capacitados para ayudarle a:

- Entender y manejar mejor sus afecciones de salud
- Coordinar servicios
- Ubicar recursos comunitarios

Su administrador de la atención trabajará con usted y con su médico para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Si tiene una afección médica grave, su administrador de la atención trabajará con usted, su proveedor de atención primaria (PCP) y los proveedores encargados para desarrollar un plan de atención que satisfaga sus necesidades y las de su cuidador.

Si considera que se podría beneficiar con nuestros programas de Administración de la atención, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

¿Está listo para dejar de fumar? Es lo más importante que puede hacer por su salud. Sabemos lo difícil que puede ser dejar de fumar, así que estamos aquí para ayudarlo. Nuestro programa para dejar de fumar le brinda el apoyo y la información que necesita para dejar de fumar de una vez por todas.

Programas de manejo de la salud

Soluciones saludables para la vida

Si tiene una afección crónica o un problema de salud específico, nuestro programa de manejo de la salud, *Healthy Solutions for Life (Soluciones saludables para la vida)*, podría serle útil. Un programa de manejo de la salud reconocido a nivel nacional es nuestro socio para brindar servicios de manejo de la salud. Estos servicios incluyen servicios telefónicos, educación y apoyo. Queremos que usted pueda sentirse seguro, que entienda y maneje su afección y que tenga menos complicaciones. Consulte su Evidencia de cobertura para leer una lista completa de las afecciones cubiertas por nuestros programas y servicios de manejo de la salud.

Si está embarazada, ¡infórmenoslo lo antes posible! Llámenos al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) o ingrese a su cuenta segura del afiliado y complete un formulario de Aviso de embarazo.

Programas de manejo de la salud (Continuación)

Ambetter ofrece un programa de manejo de la salud para estas afecciones:

- Asma (niños y adultos)
- Arteriopatía coronaria (adultos solamente)
- Depresión
- Diabetes (niños y adultos)
- Hipertensión (presión arterial alta) y colesterol alto
- Dolor en la zona lumbar
- Tabaquismo

Si considera que podría beneficiarse con uno de estos programas, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar le ofrecen las herramientas y recursos que necesita para anticiparse y lograr los resultados que desea.

Consulte su *Evidencia de cobertura* para revisar la lista de servicios cubiertos por Planificación familiar.

Start Smart for Your Baby®

Si está embarazada, Start Smart for Your Baby® es nuestro programa especial para el embarazo que está diseñado solo para usted. A través de Start Smart for Your Baby®, usted recibe los recursos y el apoyo que pueden ayudarle durante las etapas del embarazo y la infancia. Llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) para obtener más información o inscribirse.

myhealthpays® Programa de recompensas

Gane hasta $500 este año con myhealthpays®.

Con el nuevo programa My Health Pays®, usted ganará puntos por completar actividades saludables, tales como comer bien, moverse más, ahorrar de manera inteligente y vivir bien. También puede obtener recompensas por completar su encuesta de bienestar, visitar a su PCP por un chequeo o recibir su vacuna contra la gripe. Cuantas más actividades complete, ¡más puntos ganará! Utilice sus puntos para comprar en la tienda de recompensas de My Health Pays® o conviértalos en dólares en su tarjeta prepaga Visa® de My Health Pays® para ayudarlo a pagar su prima mensual y otros artículos relacionados con la atención médica.

Realice el seguimiento myhealthpays® de las recompensas en su cuenta del afiliado en Member.AmbetterHealth.com.

myhealthpays® Programa de recompensas

(Continuación)

Así es como puede ganar myhealthpays® recompensas:

500 puntos	Complete su encuesta de bienestar de Ambetter durante los primeros 90 días de su afiliación en 2020. ¡Comience la encuesta ahora!
500 puntos	Hágase su chequeo anual con su proveedor de atención primaria (PCP). Encuentre un PCP.
250 puntos	Reciba la vacuna antigripal anual en otoño (del 1/SEP al 31/DIC). Programe la vacuna con su PCP.

¡Y AHORA existen muchas maneras de ganar recompensas! Establezca y alcance objetivos a su propio ritmo o complete actividades rápidas para ganar recompensas. Cuantas más actividades complete, más ganará.

Comer bien | **Moverse más** | **Estar bien** | **Ahorrar de manera inteligente**

Puede utilizar sus recompensas como ayuda para pagar:

Sus gastos relacionados con la atención médica±, tales como:

- Pagos mensuales de la prima
- Copagos de médicos
- Deducibles
- Coseguro
- Servicios públicos (agua, electricidad, gas)

Sus facturas de servicios mensuales, por ejemplo:

- Telecomunicaciones (cuenta de teléfono celular)
- Transporte
- Educación
- Renta
- Guardería infantil

Tarjeta de muestra

*Consulte a un especialista en impuestos para comprender todas las posibles implicaciones tributarias del programa My Health Pays®.

Esta tarjeta es emitida por The Bancorp Bank según una licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta de The Bancorp Bank, miembro de FDIC, no puede usarse en todos los lugares que aceptan tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo del titular de la tarjeta para conocer todas las restricciones de uso.

±Los costos relacionados con la atención médica variarán por afiliado y el plan en el cual esté inscrito.

***INFORMACIÓN IMPORTANTE:** Las recompensas de My Health Pays® no pueden utilizarse para copagos de farmacia. Esta tarjeta está limitada a productos y servicios que califiquen, como se enumeraron anteriormente. Están cubiertos los elementos que reúnan los requisitos hasta alcanzar el monto de su saldo. El saldo restante permanecerá en su tarjeta. Puede utilizarlo para compras futuras. La tarjeta no puede usarse en todos los lugares que aceptan tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo del titular de la tarjeta para conocer todas las restricciones de uso. Esta tarjeta no puede utilizarse en cajeros automáticos (ATM), y usted no puede obtener reembolsos en efectivo con ella. Esta tarjeta no puede utilizarse para comprar productos con alcohol o tabaco, ni aquellos relacionados con armas de fuego. Si selecciona DÉBITO en el punto de venta, deberá proporcionar su PIN. Usted seleccionará un PIN cuando active la tarjeta. Si selecciona CRÉDITO, no tendrá que proporcionar su PIN; sin embargo, podría tener que firmar. Solo podrá comprar transporte público en una agencia, ya sea personalmente o por internet. No se pueden adquirir pases por medio de ubicaciones minoristas, como un supermercado o tienda de comestibles. Esta tarjeta no es una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Usted ha recibido esta tarjeta sin cargo, sin que mediara el pago de ningún valor monetario ni contraprestación. Los fondos vencen 90 días después de la finalización de la cobertura del seguro. Su plan médico se compromete a ayudarlo para que tenga la mejor salud posible. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los beneficiarios. Si cree que podría no satisfacer un estándar para obtener recompensas según este programa de bienestar, podría calificar para tener una oportunidad de ganar la misma recompensa de otra manera. Comuníquese con nosotros al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar, con la misma recompensa, que sea adecuado para usted y su estado de salud.

my health pays® Programa de recompensas (Continuación)

¡No se pierda el NUEVO y emocionante programa my health pays® 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 el banner de recompensas de My Health Pays® que se encuentra en la página de inicio.
3. Confirme su dirección de correo. ¡Y comience a ganar puntos!

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

Servicios de salud conductual

Los copagos, deducibles y límites de tratamiento para servicios de salud conductual funcionan igual que para los servicios de salud médica.

!

Puede elegir a cualquier proveedor de nuestra red de salud conductual. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP).

Servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias

Estamos aquí para ayudar con servicios de tratamiento de salud mental o trastornos por consumo de sustancias. Si necesita tratamiento de salud mental o por trastornos por consumo de sustancias, podrá elegir a cualquiera de nuestros proveedores participantes y no necesita una derivación de su PCP para iniciar el tratamiento. Puede buscar proveedores de atención de salud conductual de la red mediante nuestra herramienta Encontrar a un proveedor en https://providersearch.ambetterhealth.com/. Llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Además, el servicio de Administración de la atención integrada está disponible para todas sus necesidades de atención médica, incluida la salud conductual y el uso de sustancias. Llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) para ser derivado a un administrador de atención para una evaluación.

Ambetter respeta la Ley de Equidad de Adicciones y Paridad de la Salud Mental (MHPAEA, por sus siglas en inglés). Nos aseguramos de que los requisitos para la salud conductual sean iguales que aquellos para sus beneficios médicos y no más restrictivos que estos. Algunos servicios de salud conductual podrán requerir autorización. Consulte su Evidencia de cobertura o llame a Servicios para los afiliados a fin de obtener más detalles.

Para obtener más información, consulte su Evidencia de cobertura.

Beneficios de farmacia

Trabajamos con proveedores y farmacéuticos para asegurarnos de cubrir los medicamentos usados para tratar una variedad de afecciones y enfermedades.

Infórmese sobre la cobertura para sus medicamentos y nuestra Lista de medicamentos de Ambetter o Lista de medicamentos recetados (PDL). La encontrará en Ambetter.pshpgeorgia.com en "Para afiliados", "Recursos de farmacia".

Cobertura para sus medicamentos

Nuestro programa de farmacia brinda terapia rentable con medicamentos de alta calidad. Trabajamos con proveedores y farmacéuticos para poder cubrir los medicamentos usados para tratar una variedad de afecciones y enfermedades. Cuando lo indique un proveedor, cubrimos medicamentos recetados y ciertos medicamentos de venta libre.

Nuestro programa de farmacia no cubre todos los medicamentos. Algunos medicamentos requieren autorización previa o tienen limitaciones de edad, dosis y cantidades máximas. Consulte la Lista de medicamentos de Ambetter o el vademécum farmacológico para obtener una lista completa de todos los medicamentos cubiertos.

Para obtener más detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, lea su *Evidencia de cobertura*. La encontrará en su cuenta del afiliado en Ambetter.pshpgeorgia.com.

Vademécum farmacológico o lista de medicamentos recetados (PDL, por sus siglas en inglés) de Ambetter

La Lista de medicamentos recetados de Ambetter, o vademécum farmacológico, es la lista de los medicamentos de venta con receta que cubrimos. La encontrará en nuestro sitio web Ambetter.pshpgeorgia.com en "Para afiliados", "Recursos de farmacia".

Definición. El vademécum farmacológico es una guía para los medicamentos de marca y genéricos disponibles aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), que están cubiertos a través del beneficio de medicamentos recetados. Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que sus homólogos de marca y deben ser considerados la primera línea de tratamiento. La FDA requiere que los medicamentos genéricos sean seguros y actúen de igual manera que los medicamentos de marca. Si no existe un medicamento genérico disponible, es posible que haya más de una marca para tratar una afección. Los medicamentos de marca preferidos se muestran en el nivel 2 para ayudar a identificar los medicamentos de marca que sean opciones de tratamiento apropiadas, seguras y rentables desde el punto de vista clínico si un medicamento genérico del vademécum farmacológico no es adecuado para su afección.

Tenga en cuenta que el vademécum farmacológico no está diseñado para ser una lista completa de los medicamentos cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos recetados. Es posible que no todas las formas de dosificación o concentraciones de un medicamento estén cubiertas. Esta lista es revisada y actualizada periódicamente y podrá estar sujeta a cambios. Se podrán añadir o eliminar medicamentos, o se podrán añadir requisitos adicionales con el fin de aprobar el uso continuo de un medicamento específico.

Los diseños de planes específicos de beneficios de medicamentos recetados podrían no cubrir ciertos productos o categorías, independientemente de que aparezcan en el vademécum farmacológico. Revise sus beneficios para leer las limitaciones en la cobertura y su parte del costo de los medicamentos.

Para leer el vademécum farmacológico de Ambetter más actualizado o para obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite Ambetter.pshpgeorgia.com o llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Medicamentos de venta libre (OTC)

Cubrimos una variedad de medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés). Encontrará una lista de medicamentos de venta libre cubiertos en nuestro vademécum farmacológico (estarán marcados como "OTC"). Nuestro vademécum farmacológico cubre los medicamentos recetados cuando estos provienen de un proveedor autorizado. La receta debe cumplir todos los requisitos legales.

Cómo surtir una receta

Surtir una receta es sencillo. Puede hacer que surtan las recetas en una farmacia minorista de la red o en una farmacia de pedidos por correo.

Si decide que su receta se surta en una farmacia de la red, puede usar nuestro *Directorio de proveedores* para ubicar una farmacia cercana. Puede consultar el *Directorio de proveedores* en Ambetter.pshpgeorgia.com, en la página *Encontrar a un proveedor* . Esta herramienta le permitirá buscar médicos, hospitales, clínicas y farmacias. También puede llamar a Servicios para afiliados para que lo ayuden a encontrar una farmacia. En la farmacia, será necesario que le entregue al farmacéutico su receta y tarjeta de identificación del afiliado.

Además ofrecemos un suministro por tres meses (90 días) de medicamentos de mantenimiento por correo o en farmacias minoristas de la red para planes de beneficios específicos.
Estos medicamentos tratan afecciones o enfermedades prolongadas, como presión arterial alta, asma y diabetes. Encontrará una lista de medicamentos cubiertos en Ambetter.pshpgeorgia.com. Además podemos enviarle la lista directamente por correo.

Farmacia de pedidos por correo

Si tiene más de un medicamento recetado que toma regularmente, nuestro programa de entregas a domicilio podría ser perfecto para usted. Si elige inscribirse, puede recibir sus medicamentos recetados de manera segura en su puerta. Este servicio es rápido, práctico y se ofrece sin cargo adicional para usted. Usted seguirá siendo responsable por sus copagos/coseguros habituales. Para inscribirse en nuestro programa de entregas a domicilio o para hacer preguntas adicionales, llame a nuestra farmacia de pedidos por correo al 1-888-239-7690. Como alternativa, puede llenar el formulario de inscripción y enviarlo a la dirección que se encuentra al final del formulario. El formulario de inscripción se encuentra en el sitio web de Ambetter. Una vez que esté en nuestro sitio web, haga clic en la sección "Para afiliados", "Recursos de farmacia". El formulario de inscripción estará bajo el título "Formularios".

Beneficios dentales y de la vista para adultos

Recuerde: Use siempre proveedores de la red para la atención dental y oftalmológica. Para leer una lista de nuestros proveedores dentales y oftalmológicos, visite Ambetter.pshpgeorgia.com.

Añada cobertura dental a su plan

Añadir cobertura dental a su plan de salud de Ambetter ayuda a mantener los dientes sanos. Puede agregar a su plan un paquete de atención dental para adultos, que proporcionará atención dental de rutina, básica y mayor para todos los adultos de 19 años de edad y más del plan. Puede obtener nuestro plan de cuidado dental opcional por un pequeño costo mensual.

Llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) para inscribirse u obtener más información. Ambetter no cubre servicios dentales pediátricos. Estos servicios se pueden comprar a través de un plan dental independiente certificado por Exchange para todos los niños de 18 años de edad y menores.

Para obtener más información sobre sus beneficios y servicios odontológicos, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) y el *Resumen de beneficios*.

Añada cobertura para la vista a su plan

Ofrecemos un paquete opcional de atención oftalmológica para adultos de 19 años de edad y más del plan. Los servicios oftalmológicos pediátricos para niños de 18 años de edad y menores ya están incluidos en su plan. Puede añadir atención oftalmológica para adultos a su plan actual por un pequeño costo mensual.

Llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) para inscribirse u obtener más información. Para obtener más información sobre sus beneficios y servicios oftalmológicos, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) y el *Resumen de beneficios*.

Administración de la utilización

¿Qué es administración de la utilización?

Queremos asegurarnos de que reciba la atención y los servicios correctos. Nuestro proceso de administración de la utilización está diseñado para asegurar que usted reciba el tratamiento que necesita.

Aprobaremos todos los beneficios cubiertos que sean necesarios desde el punto de vista médico. Nuestro Departamento de Administración de la Utilización (UM, por sus siglas en inglés) verifica que el servicio necesario sea un beneficio cubierto. Si es un beneficio cubierto, el personal de enfermería de UM le hará una revisión para saber si el servicio solicitado cumple los criterios de necesidad médica. Lo hacen mediante la revisión de las notas médicas y hablando con su médico. Ambetter no recompensa a los profesionales, proveedores o empleados que llevan a cabo las revisiones de la utilización, incluidos aquellos de las entidades delegadas. Las decisiones que toma la Administración de la Utilización (UM) se basan solo en que la atención, los servicios y la existencia de cobertura sean apropiados. Ambetter de Peach State Health Plan no recompensa específicamente a los 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 utilización deficiente.

¿Qué es una revisión de la utilización?

Ambetter revisa los servicios para asegurarse de que la atención que usted reciba sea la mejor manera de ayudar a mejorar su afección de salud. La revisión de la utilización incluye:

Revisión de autorización previa o anterior al servicio

Algunas veces, Ambetter necesita aprobar los servicios médicos antes de que usted los reciba. Este proceso se denomina 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 el área de Servicios para afiliados de Ambetter. Cuando recibamos su solicitud de autorización previa, nuestros enfermeros y médicos la evaluarán. Si no se recibe la autorización previa para un servicio médico cuando se requiere, usted será responsable de todos los costos.

Revisión concurrente

La revisión concurrente de la utilización evalúa sus servicios o planes de tratamiento (como una estadía como paciente internado o el ingreso en el hospital) a medida que estos se aplican. Este proceso determina cuándo es posible que el tratamiento ya no sea necesario desde el punto de vista médico. Incluye la planificación del alta para asegurar que usted reciba los servicios que necesita después de su alta del hospital.

Revisión retrospectiva

Las revisiones retrospectivas ocurren después de que ya se ha provisto un servicio. Ambetter puede realizar una revisión retrospectiva para asegurarse de que la información provista en el momento de la autorización era correcta y completa. También podemos evaluar servicios que usted recibió debido a circunstancias especiales (por ejemplo, si no recibimos un pedido de autorización o aviso previo debido a una emergencia).

¿Qué es una revisión de la utilización?

(Continuación)

Determinaciones adversas y apelaciones

Una determinación adversa ocurre cuando se determina que un servicio no es necesario o apropiado desde el punto de vista médico, o porque es experimental y está en investigación. Recibirá un aviso por escrito para informarle si hemos tomado una determinación adversa. En el aviso, recibirá información detallada sobre por qué se tomó la decisión, así como el proceso y los plazos que debería observar para presentar apelaciones.

Nueva tecnología

La tecnología de salud siempre está cambiando y queremos crecer con ella. Si creemos que un nuevo avance médico puede beneficiar a nuestros afiliados, lo evaluamos para la cobertura. Estos avances incluyen:

- Nueva tecnología
- Procedimientos médicos nuevos
- Medicamentos nuevos
- Dispositivos nuevos
- Aplicaciones nuevas de tecnología existente

Algunas veces, nuestro director médico o el personal de administración médica identificarán avances tecnológicos que podrían beneficiar a nuestros afiliados. El Comité de Política Clínica (CPC, por sus siglas en inglés) revisa las solicitudes de cobertura y decide si deberíamos cambiar cualquiera de nuestros beneficios para incluir la nueva tecnología.

Si el CPC no revisa una solicitud de cobertura de tecnología nueva, nuestro director médico revisará la solicitud y tomará una única determinación. Luego, el CPC podría revisar la solicitud de nueva tecnología en una futura reunión.

Programa de Mejora de la Calidad

Para asegurarnos de que reciba atención y servicios de calidad, contamos con un Programa integral de mejora de la calidad (QI, por sus siglas en inglés). El Programa de mejora de la calidad es una parte importante de su plan de salud. El programa QI supervisa la calidad de atención y los servicios que se le brindan en las siguientes áreas:

- Asegurarse de que los afiliados obtengan la atención que necesitan, cuando y donde la necesiten
- Asegurarse de que los afiliados reciban atención de calidad
- Las necesidades culturales de nuestros afiliados
- La satisfacción de nuestros afiliados
- La seguridad y privacidad de los afiliados
- Ofrecer una amplia variedad de proveedores especialistas
- Los servicios de los planes de salud que usan los afiliados

El objetivo del Programa QI es mejorar la salud del afiliado. Esto se logra mediante muchas actividades diferentes. Algunos de nuestros objetivos incluyen lo siguiente:

- Buena salud y calidad de vida para todos los afiliados
- Que la atención brindada por los proveedores de atención médica de Ambetter cumpla los estándares de atención aceptados por la industria
- Que el servicio de atención al cliente de Ambetter cumpla los estándares de desempeño aceptados por la industria
- Proporcionar a los afiliados recordatorios de atención preventiva cada año
- Que los servicios incompletos o duplicados se mantengan al mínimo mediante actividades de QI en todos los distintos departamentos de los planes de salud
- Que la experiencia del afiliado cumpla las expectativas del plan
- Cumplimiento de todas las leyes y regulaciones estatales y federales
- Evaluar la calidad de la atención médica por medio del Conjunto de datos e información sobre la efectividad de la atención médica HEDIS®; estas puntuaciones nos indican que recibe el tipo de atención que necesita

Si desea obtener más información sobre nuestro Programa QI, visite nuestro sitio web https://ambetter.nhhealthyfamilies.com/qi-program.html o llámenos al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Siempre estamos dispuestos a compartir con usted información sobre los objetivos y nuestro progreso.

Proceso de reclamos y apelaciones del afiliado

Para leer una lista completa de definiciones, consulte la *Evidencia de cobertura*.

Existen pasos para manejar los problemas que usted pudiera tener. Para mantenerlo satisfecho, ofrecemos procesos para presentar apelaciones o reclamos. Usted tiene derecho a presentar un reclamo o una apelación y a solicitar una revisión externa.

Si no está satisfecho con su atención médica

Esperamos que siempre esté satisfecho con nosotros y con nuestros proveedores. Sin embargo, de no ser el caso o si no encuentra respuestas a sus preguntas, debe seguir estos pasos:

- Proceso de consulta
- Proceso de reclamos
- Proceso de quejas
- Proceso de apelación
- Revisión externa por una organización revisora independiente (IRO, por sus siglas en inglés)
- Reclamo ante el Departamento de Seguros (DOI, por sus siglas en inglés)

Cómo hacer una consulta

Una consulta es una solicitud de aclaración acerca de un beneficio, producto o la elegibilidad sin expresar insatisfacción.

Los ejemplos de consultas incluyen:

- “¿Puedo hacer un pago?”
- “¿Puede ayudarme a cambiar mi 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 a un proveedor?”
- “¿Es un beneficio cubierto?”
- “¿Cuándo recibiré mi tarjeta de MyHealth Pays?”

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, primero puede llamar a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

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:

- “No he podido conseguir una cita con el médico durante 4 meses”.
- “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 participan están muy lejos”.
- “He llamado a Servicios para afiliados varias veces y mi problema aún no se ha resuelto”.
- “No puedo inscribirme en su sitio web”.

Cómo presentar un reclamo (Continuación)

- "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 los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Cómo presentar una queja

La queja hace referencia a cualquier insatisfacción con una aseguradora que ofrece un plan de beneficios de salud o con la administración de un plan de beneficios de salud por la aseguradora que se exprese por escrito en cualquier forma a la aseguradora por, o en nombre de, un reclamante acerca de cualquiera de lo siguiente:

1. Prestación de servicios.

2. Determinación para rescindir una póliza.

3. Determinación de un diagnóstico o del nivel de servicios requerido para el tratamiento basado en la evidencia de los trastornos del espectro autista.

4. Prácticas de reclamaciones.

Ejemplos de una queja serían:

- "En mi receta de medicamentos genéricos no se aplicó el copago genérico".
- "Me realizaron un procedimiento preventivo y me obligan a realizar un pago de mi bolsillo, cuando debería haber estado cubierto al 100%".
- "Necesito atención médica domiciliaria y no he recibido una llamada de mi Coordinador de casos".
- "No presté mi consentimiento para recibir hemoderivados durante la cirugía, pero descubrí que me administraron algunos de todos modos".
- "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 cobrando las primas automáticamente, pero ahora dicen que no tuve cobertura por 10 meses y tengo más de $100,000.00 en facturas hospitalarias".

Para presentar una queja, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Podrá presentar una queja por escrito, ya sea por correo postal o por facsímil (fax). Si requiere asistencia para presentar una queja o si no puede presentar la queja por escrito, puede llamar a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) para pedir ayuda con el proceso. Le enviaremos una carta de Reconocimiento de queja después de recibir su queja.

Envíe su formulario de queja por escrito a:

Ambetter de Peach State Health Plan
Attn: Appeals & Grievances Department
1100 Circle 75 Parkway
Suite 1100
Atlanta, GA 30339

Fax: 1-866-532-8855

Para leer una lista completa de definiciones, consulte la *Evidencia de cobertura*.

Revise la Evidencia de cobertura para leer los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación. Puede consultar la Evidencia de cobertura en su cuenta del afiliado en línea.

Para leer una lista completa de definiciones, consulte la *Evidencia de cobertura*.

Cómo presentar una queja (Continuación)

Queja expedita: Si su queja se relaciona con una emergencia o una situación en la cual forzosamente debería abandonar el hospital antes de tiempo, o si un proceso de resolución estándar pone en riesgo grave su vida o salud.

Queja estándar: Una queja que no satisface la definición de Expedita.

Revise su *Evidencia de cobertura* para leer los procedimientos y procesos de reclamo completos y los detalles y plazos específicos para su presentación. Puede consultar su *Evidencia de cobertura* en su cuenta del afiliado en línea.

Además, podrá presentar una queja ante el Departamento de Seguros (DOI, por sus siglas en inglés). Hay varias maneras de presentar una queja ante el DOI: 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 ha denegado un servicio o una reclamación. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra determinación de denegar, modificar, reducir o finalizar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de atención médica, incluido el ingreso o la estadía continua en un centro de atención médica. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa, de manera oportuna, podrá considerarse una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

Ejemplos de una apelación serían:

1. el acceso a beneficios de atención médica, incluida una determinación adversa realizada de acuerdo con la administración de la utilización;
2. el ingreso o permanencia en un centro de atención médica;
3. el pago de reclamaciones, manejo o reembolso por servicios de atención médica;
4. asuntos relacionados con la relación contractual entre un afiliado y nosotros;
5. la cancelación de su cobertura de beneficios por parte nuestra;
6. otros asuntos requeridos específicamente por las regulaciones o leyes estatales.

Para presentar una apelación por escrito, puede enviarnos su solicitud por correo o fax con la siguiente información de contacto:

Ambetter de Peach State Health Plan
Attn: Appeals & Grievances Department
1100 Circle 75 Parkway, Suite 1100
Atlanta, GA 30339

Fax: 1-866-532-8855

Para presentar una apelación verbal, puede llamarnos al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

El período de tiempo que tarda la resolución puede variar según el tipo de apelación presentada. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.

Revise la Evidencia de cobertura para leer los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluso detalles y períodos de tiempo de presentación específicos. Puede consultar la Evidencia de cobertura en su cuenta del afiliado en línea.

Cómo presentar una apelación (continuación)

Apelación expedita: Si su apelación se refiere a una emergencia o una situación en la cual usted podría verse obligado a abandonar el hospital anticipadamente, o si cree que un proceso de resolución estándar pondría su vida o salud en grave riesgo.

Apelación estándar: Una apelación que no cumple con la definición de Expedita.

Cobertura continua durante una apelación

Si presenta una apelación, su cobertura continuará hasta:

- El final del período de tratamiento aprobado

O

- La determinación de la apelación

Usted puede ser responsable desde el punto de vista económico por los servicios continuos si no se aprueba su apelación.

Usted puede solicitar servicios continuos llamando a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

NOTA: Usted no puede solicitar una extensión de servicios después de que haya terminado la autorización original. Para obtener más detalles, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Proceso de revisión externa

Si no aprobamos un servicio, tiene otra opción para una revisión. Esto se conoce como organización revisora independiente (IRO) o tercero revisor. La IRO está conformada por médicos que no trabajan para nosotros.

Si desea solicitar una IRO, podemos ayudarlo. Llámenos al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Revise su *Evidencia de cobertura* para leer los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluso detalles y períodos de tiempo de presentación específicos. Puede consultar su *Evidencia de cobertura* en su cuenta del afiliado en línea.

La comunicación importa

Todos nuestros afiliados son importantes para nosotros. No importa quién sea usted, queremos asegurarnos de que nos comuniquemos de la mejor manera posible. Todos nuestros afiliados, posibles afiliados, pacientes, clientes y familiares de los afiliados pueden usar estos servicios.

Si necesita ayuda para comunicarse o si necesita materiales relacionados con reclamos y apelaciones, puede recibirlos sin costo. Mantenemos los registros de cada reclamo y apelación durante 10 años.

Para solicitar asistencia lingüística o material en otro idioma o formato, llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Derechos y responsabilidades del afiliado

Queremos asegurarnos de que usted entienda los derechos y las responsabilidades que tiene como afiliado de Ambetter. Para leer una lista completa de sus derechos y responsabilidades específicos, revise su Evidencia de cobertura.

Como afiliado de Ambetter, tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad, respeto y privacidad. Y merece el mismo trato por parte de los médicos de nuestra red, así como del personal administrativo.
- Recibir información sobre nuestra organización, nuestros servicios y proveedores, y los derechos y responsabilidades del afiliado.
- Cambiar su médico sin explicación, recibir información sobre otros médicos que puedan atenderlo y que le informen si su médico ya no está disponible.
- Expresar un reclamo o presentar una apelación sobre Ambetter o sobre el servicio que proporcionamos.
- Recibir atención de profesionales de la salud calificados y el derecho de participar, junto con los proveedores, en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas para su afección, independientemente del costo o la cobertura.
- Hacer recomendaciones sobre nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los afiliados.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Siempre proporcione información precisa y completa sobre su salud a Ambetter y a sus proveedores para que pueda recibir la mejor atención posible.
- Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que haya acordado con sus proveedores.
- Comprenda sus problemas de salud y trabaje con los proveedores para establecer objetivos de tratamiento.
- Hable con su médico o con Ambetter si tiene preguntas sobre su atención o si no comprende los beneficios.

Para leer una lista completa de sus derechos y responsabilidades específicos, revise la *Evidencia de cobertura*.

Lea una lista completa de sus derechos en la Evidencia de cobertura.

Si le gustaría ejercer cualquiera de sus derechos, comuníquese con Servicios para los afiliados llamando al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Su información está segura con nosotros

Su información de salud es personal. Así que hacemos todo lo que podemos para protegerla. Su privacidad también es importante para nosotros. Tenemos políticas establecidas para proteger las historias clínicas.

Protegemos toda la información de salud obtenida de forma verbal, escrita o electrónica. Respetamos los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y contamos con un Aviso de Prácticas de Privacidad. Estamos obligados a notificarlo sobre estas prácticas cada año. Este aviso describe de qué manera se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede consultarla. Léalo con atención. Si necesita más información o si desea leer el aviso completo, visite https://ambetter.pshpgeorgia.com/privacy-practices.html o llame a Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Protegemos toda su PHI. Cumplimos con HIPAA para mantener la privacidad de su información de atención médica.

Idioma
Si no habla o no entiende el idioma de su área, tiene derecho a un intérprete.

Asistencia lingüística: https://ambetter.pshpgeorgia.com/language-assistance.html

Responsabilidades del afiliado

Comprenda cómo funciona el plan de salud de Ambetter y conozca qué debe hacer como afiliado del plan de salud de Ambetter.

Usted es responsable de informarnos la pérdida o robo de su tarjeta de identificación de afiliado, de suministrarnos la información necesaria para que podamos proporcionarle atención y de informar a su proveedor si no puede seguir el tratamiento prescrito recomendado para usted.

Esto es lo que debe hacer

Su Evidencia de cobertura puede ayudarle a entender cómo funciona su plan. Asegúrese de leerla. Estos son algunos puntos clave:

Al brindar información
Dé siempre información exacta y completa sobre su salud. Esto incluye sus afecciones actuales, enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos anteriores y cualquier otro asunto. Infórmenos que entiende claramente su atención y lo que necesita hacer. Hágale preguntas a su médico hasta que entienda la atención que recibe. Es necesario que revise y entienda la información que recibe sobre nosotros. Asegúrese de que sabe cómo usar los servicios que cubrimos.

El consejo de su médico y su plan de tratamiento
Debe seguir el plan de tratamiento sugerido por los profesionales médicos. Si no está de acuerdo con el plan de tratamiento sugerido, tiene derecho a obtener una segunda opinión de otro proveedor de la red. Haga preguntas para asegurarse de que entiende en su totalidad sus problemas de salud y el plan de tratamiento. Trabaje con su proveedor de atención primaria (PCP) para establecer metas de tratamiento. Si no sigue el plan de tratamiento, los médicos podrán informarle cuáles son los probables resultados de su decisión.

Identificación del afiliado
En toda cita, exhiba siempre la tarjeta de identificación del afiliado de Ambetter antes de recibir atención.

Uso de la sala de emergencias
Use la sala de emergencias solo cuando crea que tiene una emergencia médica. Para cualquier otro tipo de atención médica, debe llamar a su PCP.

Citas
Asegúrese de no faltar a las citas. Si no puede asistir a una cita, debe llamar para cancelar o reprogramarla. Siempre que sea posible, programe las citas durante el horario regular del consultorio.

Su PCP
Debe conocer el nombre de su PCP y establecer una relación con este. Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a nuestro Departamento de Servicios para los afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Tratamiento
Debe tratar a todo nuestro personal, proveedores y otros afiliados con respecto y dignidad. Si tiene inquietudes acerca de su atención, háganoslo saber.

Palabras que debe conocer

Su glosario de atención médica

Sabemos que el seguro de salud a veces puede parecer confuso. Para ayudarlo, hemos creado una lista de palabras que es posible que necesite saber al leer este manual para afiliados. ¡Échele un vistazo!

Aviso de determinación adversa
Este es el aviso que recibe si denegamos la cobertura para un servicio que ha solicitado.

Apelación
Es una solicitud para reconsiderar una determinación sobre los beneficios del afiliado cuando se ha denegado un servicio o una reclamación. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra determinación de denegar, modificar, reducir o finalizar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de atención médica, incluido el ingreso o la estadía continua en un centro de atención médica. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa, de manera oportuna, podrá considerarse una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

1. el acceso a beneficios de atención médica, incluida una determinación adversa realizada de acuerdo con la administración de la utilización;
2. el ingreso o permanencia en un centro de atención médica;
3. el pago de reclamaciones, manejo o reembolso por servicios de atención médica;
4. asuntos relacionados con la relación contractual entre un afiliado y nosotros;
5. la cancelación de su cobertura de beneficios por parte nuestra; y
6. otros asuntos específicamente requeridos por la ley o regulaciones estatales.

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.

Copago
El monto de dinero establecido que debe pagar cada vez que recibe un servicio médico o recoge una receta.

Atención de emergencia/emergencias
Es la atención que usted recibe en una sala de emergencias (ER).
Acuda a la sala de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica de emergencia inmediata.

Evidencia de cobertura
El documento que enumera todos los servicios y beneficios que cubre su plan en particular. Su *Evidencia de cobertura* contiene información acerca de los beneficios específicos cubiertos y excluidos según su plan de salud. Lea su *Evidencia de cobertura*, puede ser de ayuda para entender exactamente lo que su plan cubre y no cubre.

Su glosario de atención médica (Continuación)

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

De la red (Proveedores o servicios)
La red de Ambetter es el grupo de proveedores y hospitales con los que nos asociamos para brindarle atención. Si su proveedor o servicio pertenece a nuestra red, el mismo está cubierto en su plan de salud. Si un proveedor o servicio está fuera de la red, usted será responsable de los servicios que reciba. Cuando sea posible, ¡quédese siempre dentro de la red!

Consulta
Es una solicitud de aclaración de un beneficio, producto o la elegibilidad sin expresar insatisfacción.

Proveedor fuera de la red o ajeno a 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 la identificación del afiliado. Los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red no están cubiertos, excepto los que se indiquen 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.

Pago de la prima
La prima es el monto de dinero que pagará todos los meses por la cobertura del seguro de salud. Su cuenta mensual muestra el pago de la prima.

Servicios de atención preventiva
Son servicios habituales de atención médica diseñados para mantenerlo sano mediante la detección de problemas antes de que comiencen. Por ejemplo: los chequeos, pruebas de presión arterial, ciertas evaluaciones de detección del cáncer y más. Encontrará una lista de servicios de Atención preventiva en su Evidencia de cobertura y en nuestro sitio web Ambetter.pshgeorgia.com.

Proveedor de atención primaria (PCP)
Su PCP es el médico principal que usted consultará para sus necesidades de atención médica. Conozca bien a su PCP y esté siempre al día con las visitas de control. Cuanto más conozca su PCP su salud, mejor podrá atenderlo.

Autorización previa
Es posible que se requiera autorización previa para servicios cubiertos. Cuando un servicio requiera autorización previa, es necesario que el servicio se apruebe antes de que visite al proveedor. Será necesario que su proveedor presente una solicitud de autorización previa.

Su glosario de atención médica (Continuación)

Resumen de beneficios
*Es*un documento que enumera los beneficios cubiertos a su disposición y le informa cuándo usted es elegible para recibirlos. Su *Resumen de beneficios* contiene información sobre los montos de copago, costo compartido y deducibles específicos.

Subsidio
Es un crédito tributario que disminuye su prima mensual. Los subsidios provienen del gobierno. Que usted reúna o no los requisitos para un subsidio depende del tamaño de su familia, sus ingresos y dónde vive.

Atención de urgencia
Es atención médica que usted necesita rápidamente. Puede recibir atención urgente en un centro de atención de urgencia.

Administración de la utilización
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.

© 2019 Ambetter de Peach State. Todos los derechos reservados.
AMB19-GA-C-00348

Declaración de no discriminación

Ambetter de Peach State Health Plan cumple las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter de Peach State Health Plan no excluye personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter de Peach State Health Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas sin cargos 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 Peach State Health Plan al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Si considera que Ambetter de Peach State Health Plan no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from Peach State Health Plan Complaints Department, 1100 Circle 75 Parkway, Suite 1100, Atlanta, GA 30339, 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231), Fax 1-866-532-8855. Usted puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Peach State Health Plan está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar un reclamo de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de derechos civiles https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o telefónicamente 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, 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 de Peach State Health Plan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Peach State Health Plan, 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 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Peach State Health Plan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231)로 전화하십시오.
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Peach State Health Plan 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 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231)。
Gujarati:	જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Peach State Health Plan વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) ઉપર કૉલ કરો.
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Peach State Health Plan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Amharic:	እርስዎ ወይም እርሰዎ የሚርዱት ሰው ስለ Ambetter from Peach State Health Plan ግብር ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፣ ፣ አስተርጓሚ ለማነጋገር በ 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) ይደውሉ፤ ፤
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Peach State Health Plan 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 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) पर कॉल करें।
French Creole:	Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Ambetter from Peach State Health Plan, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Peach State Health Plan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Peach State Health Plan، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Portuguese:	Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Peach State Health Plan, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Persian:	اگر شما، يا کسي که به او کمک مي کنيد سؤالي در مورد Ambetter from Peach State Health Plan داريد، از اين حق برخورداريد که کمک و اطلاعات را بصورت رايگان به زبان خود دريافت کنيد. براي صحبت کردن با مترجم با شماره 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) تماس بگيريد.
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Peach State Health Plan 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 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) an.
Japanese:	Ambetter from Peach State Health Planについて何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231)までお電話ください。