ambetter. DE peach state health plan

2022

Guía de referencia rápida

Los recursos que necesita. Aquí mismo.

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)

AMB21-GA-C-00632_SELECT

¡Bienvenido a Ambetter de Peach State Health Plan!

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

Como afiliado nuestro, tiene acceso a muchos servicios y recursos útiles. Esta guía de referencia rápida (QRG) lo ayudará a entenderlos todos. En el interior, encontrará información importante sobre:

- Cómo funciona su plan
- Información de pagos
- A dónde ir para recibir atención
- Información sobre su tarjeta de identificación del afiliado
- Telesalud
- ¡Y mucho más!

SU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD.

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

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

Ambetter.pshpgeorgia.com

Cómo comunicarse con nosotros

Cómo comunicarse con nosotros

Ambetter from 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 Afiliados	1-877-687-1180
Fax	1-877-941-8071
TTY/TDD	1-877-941-9231
Hacer un pago	1-877-687-1180
Servicios de salud conductual	1-877-687-1180
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, 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, si tiene preguntas sobre facturación

Servicio de interpretación

Comuníquese con Servicios para Afiliados 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 hablar sobre sus inquietudes médicas o conductuales de una manera más cómoda para usted. Los afiliados ciegos o con problemas de la vista que necesiten ayuda pueden llamar a Servicios para Afiliados para recibir una interpretación oral.

Cómo funciona su Plan

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

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

Tiene seguro de salud. ¿Y ahora qué?

Es emocionante tener un seguro de salud. Para aprovechar al máximo su plan, complete esta simple lista de verificación. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1180 (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 de afiliado en línea. Para hacerlo, visite la página "Iniciar sesión/Afiliados" en Ambetter.pshpgeorgia.com. Su cuenta de afiliado guarda toda la información sobre beneficios y cobertura de su plan en un solo lugar. Le brinda acceso a su *Lista de beneficios*, información sobre reclamaciones, esta QRG y más.

2. Nuestro programa myhealthpays® lo ayuda a centrarse en su salud integral. Cuando completa actividades saludables, como comer bien, moverse más, ahorrar de manera inteligente y vivir bien, ¡puede ganar puntos de recompensa! Todo lo que tiene que hacer es entrar a su cuenta de afiliado en línea para comenzar.

3. Inscríbase en pago automático de facturas. Llámenos o ingrese en su cuenta de afiliado en línea para inscribirse. El pago automático extrae en forma automática de su cuenta bancaria su pago mensual de prima. Es simple, útil, conveniente y seguro.

4. Elija a su proveedor de atención primaria (PCP). Solo inicie sesión en su cuenta de afiliado y vea una lista de proveedores de Ambetter en su área con el uso de la *Guía de proveedores* disponible en nuestro sitio web. Recuerde, su PCP, también conocido como médico personal, es el médico principal al que usted verá para la mayor parte de su atención médica. Eso incluye sus chequeos, consultas cuando está enfermo y otras necesidades básicas de salud.

5. Programe su examen anual de bienestar con su PCP. ¡Después de su primer control, ganará 500 puntos en recompensas myhealthpays®! Y en cualquier momento que necesite atención, llame a su PCP y programe una cita.

Respuestas a sus consultas sobre pagos

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

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

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

1. **Pago en línea (¡lo recomendamos!)**
   a. **Pago rápido:** https://centene.softheon.com/Equity/#/search o visite Ambetter.pshpgeorgia.com y seleccione "pagar ahora".
   b. **Cuenta segura de afiliado:** Cree su cuenta de afiliado en línea en Ambetter.pshpgeorgia.com e inscríbase en el pago automático de cuentas. Puede configurar el pago automático con sus tarjetas de crédito, de débito (prepagada o bancaria) o con su cuenta bancaria. También puede hacer un pago por única vez mediante su cuenta de afiliado en línea.
   c. Si obtuvo recompensas de My Health Pays®, puede usarlas para ayudar a pagar sus primas mensuales. Ingrese en su cuenta segura de afiliado en Member.AmbetterHealth.com para saber más sobre el programa My Health Pays® y para ver el saldo de su tarjeta.
2. **Pago por teléfono**
   a. Pago por teléfono automatizado. Llámenos al 1-844-PAY-BETTER (729-2388) y utilice nuestro sistema interactivo de respuesta por voz (IVR). Es rápido y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O

   b. Llame a Servicios de Facturación al 1-877-687-1180 (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 por voz (IVR) o hablando con un representante de servicios de facturación.
3. **Pago por correo postal**
   a. Envíe un cheque o giro postal a la dirección que aparece en el talón de pago de su factura. **Asegúrese de enviarlo por correo al menos siete a diez días antes de la fecha de vencimiento del pago de la prima. Recuerde escribir su número de identificación de afiliado en el cheque o giro postal, desprenda el talón de pago de la factura y envíelo con su pago.**
   b. Con el envío por correo a la dirección correcta se asegurará de que sus pagos se procesen de manera oportuna.

Ambetter from Peach State Health Plan
Attn: Billing Services
PO Box 743951
Atlanta, GA 30374-3951

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

(continuación)

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

¿Qué ocurre si pago con retraso?

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

Si no paga su prima antes de la fecha de vencimiento, puede entrar en un período de gracia. Es un tiempo adicional que le damos para pagar. Durante un período de gracia, podemos retener (o dejar pendiente) el pago de sus reclamaciones. 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 Afiliados

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

- entender cómo funciona su plan;
- aprender a obtener la atención que necesita;
- encontrar respuestas a sus preguntas sobre el seguro de salud;
- conocer lo que su plan cubre y lo que no;
- elegir un PCP que satisfaga sus necesidades;
- obtener más información sobre programas útiles, como el de Administración de la Atención;
- buscar otros proveedores médicos (como farmacias y laboratorios dentro de la red);
- solicitar su tarjeta de identificación de afiliado u otros materiales relacionados.

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

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

!

¿Tiene pérdida total o parcial de la audición? Llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) o visite Ambetter.pshpgeorgia.com

Información sobre afiliación y cobertura

Su paquete de bienvenida para afiliados de Ambetter

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

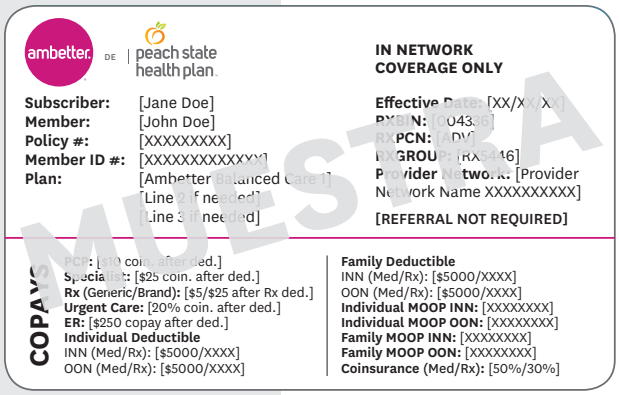
Su tarjeta de identificación de afiliado de Ambetter

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

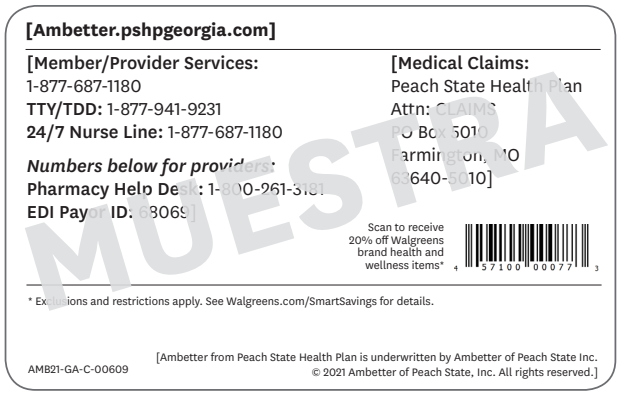
- Tenga esta tarjeta con usted en todo momento.
- Deberá presentarla siempre que reciba servicios de atención médica.
- Recibirá sus tarjetas de identificación de afiliado antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter. Si no recibe su tarjeta de identificación de afiliado antes de que comience su cobertura, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Le enviaremos otra tarjeta.
- Una vez que realice su pago vinculante y de la prima del primer mes, recibirá su paquete de bienvenida. Recuerde realizar su pago vinculante y de la prima a tiempo.

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

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



Frente



Dorso

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

Puede encontrar la *Evidencia de Cobertura* (EOC) en el sitio web para afiliados de Ambetter.

Encontrar la atención correcta

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

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

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

Una Guía de proveedores es una lista de los proveedores cerca de su casa. Si desea obtener una copia impresa de esta lista, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Proveedor dentro de 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 de afiliado.

Proveedor fuera de la red es 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 que reciba de un proveedor fuera de la red no están cubiertos, excepto los que se indiquen específicamente en su *Evidencia de Cobertura* (EOC). Si recibió servicios de un proveedor fuera de la red, podría recibir facturas por saldos de algunos o todos los servicios. Consulte su *EOC* para encontrar más información.

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

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

Consulte su *Evidencia de Cobertura*: allí obtendrá más información sobre su Guía de proveedores.

Reciba la atención correcta en el lugar adecuado

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

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

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

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

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

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

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

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

Su proveedor de atención primaria (PCP)

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

Visite o llame a su PCP si necesita:

- su chequeo anual de bienestar y vacunas;
- asesoramiento sobre su salud en general;
- ayuda con problemas médicos como resfríos, gripes y fiebre;
- tratamientos para un problema de salud continuo, como asma o diabetes.

Cómo elegir un PCP distinto

Queremos que usted esté contento con la atención que reciba de nuestros proveedores. Así que, si desea 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 "Coverage" (Cobertura) o en "Edit Account" (Editar cuenta).**
2. **En la sección My Primary Care Provider (Mi proveedor de atención primaria), vea la Guía Ambetter para buscar un PCP en la red.**
3. **Elija uno de la lista. Asegúrese de elegir uno que acepte nuevos pacientes en la actualidad.***

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame a los Servicios para Afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Además, puede leer nuestra lista de proveedores en la página ***Find a Doctor*** (Buscar un médico) en Ambetter.pshpgeorgia.com.

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

Acceso a la atención

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

Cuándo acudir 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 en peligro la vida pero que igual es necesario tratar dentro de las siguientes 24 horas. Por lo general, acude a un centro de atención de urgencia si su PCP no puede atenderlo de inmediato.

Estos son servicios comunes de atención de urgencia:

- 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 dar atención e indicaciones por teléfono, o dirigirlo al lugar correcto para recibir atención.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, puede elegir una de estas dos opciones:
  1. Encuentre un centro de atención de urgencias de la red en nuestra Guía Ambetter en línea: Guide.AmbetterHealth.com, escriba "Urgent Care" (Atención de urgencia) y su código postal, y luego haga clic en search (buscar).
  2. Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Un enfermero lo ayudará por teléfono o lo derivará a otra atención médica. Es posible que deba proporcionarle su número de teléfono al enfermero.

Revise su *Lista de beneficios* para conocer cuánto deberá pagar por servicios de atención de urgencia.

Después de la visita, informe a su PCP que acudió a un centro de atención de urgencia y por qué.

Cuándo acudir a la sala de emergencias

Se considera una situación de emergencia todo lo que pueda poner su vida en peligro (o la de su bebé por nacer, si está embarazada) si no recibe atención médica de inmediato. En los servicios de emergencia pueden tratar 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 del día, los 7 días de la semana. Los servicios de emergencia están cubiertos dentro y fuera de la red. Cuando reciba atención de emergencia de un proveedor, de la red o que no pertenezca a ella, la factura que debería recibir es por cualquier costo compartido que corresponda (por ejemplo: copago, deducible o coseguro).

En su *Evidencia de Cobertura* puede hallar más información sobre protección contra la facturación de saldos.

!

Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado y su identificación con fotografía. Las necesitará siempre que reciba cualquier tipo de atención.

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

Asegúrese siempre de que sus proveedores pertenezcan a la red. Usar proveedores dentro de la red puede ayudarlo a ahorrar 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). En una emergencia, llame al 911 o vaya directamente a la sala de emergencias más cercana. Solicite servicios de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica inmediata.

Cuándo acudir a la sala de emergencias

(continuación)

Diríjase 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 sustancias tóxicas • Quemaduras graves • Síntomas de conmoción (sudor, sed, mareos, piel pálida) • Convulsiones o ataques • Dificultad para respirar • Incapacidad repentina de ver, moverse o hablar • Heridas de bala o cuchillo

No vaya a la sala de emergencias por:
• Gripes, resfríos, dolores de garganta o dolores de oído • Esguinces o distensiones musculares • Cortes o raspones que no requieren sutura • Para obtener medicamentos o resurtido de sus recetas • 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 acude a una sala de emergencias fuera de la red, y no experimenta una verdadera emergencia, puede ser responsable de todos los montos por encima de lo que cubre 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

Telesalud de Ambetter

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

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

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

Póngase en contacto con telesalud de Ambetter si presenta:

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

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

El copago de $0 de telesalud no corresponde para planes con Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) hasta que se alcanza el deducible. Los copagos de $0 son para atención médica dentro de la red. Ambetter no proporciona atención médica.

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

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, 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
- Para saber si debe ir a la sala de emergencias o ver a su PCP
- Qué hacer si tiene un hijo enfermo
- Cómo manejar una afección en medio de la noche
- Cómo acceder a nuestra biblioteca de información de salud en línea
- Atención de urgencia

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

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

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

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

Si recibe una factura por servicios en la situaciones mencionadas, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

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

Proceso de quejas, reclamos y apelaciones de los afiliados

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

Si no está conforme con su atención

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

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

Su satisfacción es de suma importancia para nosotros. Queremos conocer sus problemas e inquietudes para poder mejorar nuestros servicios. Comuníquese con el equipo de Servicios para Afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) si tiene preguntas o inquietudes. Intentaremos responder sus preguntas durante el contacto inicial, ya que la mayoría de las inquietudes pueden resolverse con una llamada telefónica.

Los siguientes procesos están disponibles para resolver sus inquietudes.

Cómo hacer una consulta

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

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

Cómo presentar un reclamo

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

Ejemplos de un reclamo podrían ser:

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

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

Cómo presentar un reclamo (continuación)

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

Para presentar un reclamo, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Cómo presentar una queja

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

1. Prestación de servicios.
2. Determinación para rescindir una póliza.
3. Prácticas de reclamaciones.

Ejemplos de una queja serían:

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

Para presentar una queja, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Puede presentar una queja, verbalmente, o por escrito, ya sea por correo postal o por facsímil (fax 1-866-532-8855). Si requiere asistencia para presentar una queja o si no puede presentar la queja por escrito, puede llamar a Servicios para 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 recibirla.

Envíe su formulario de queja por escrito a:

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

Fax: 1-866-532-8855

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

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

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

Cómo presentar una queja (continuación)

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

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

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

Cómo presentar una apelación

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

Ejemplos de una apelación:

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

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

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

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

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

Continuación de cobertura durante una apelación

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

- el final del período de tratamiento aprobado;

O

- hasta que se determine la apelación.

Es posible que sea financieramente responsable de la continuación de los servicios si su apelación no se aprueba. Puede solicitar la continuación de los servicios llamando a Servicios para 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 finalizado la autorización original. Para obtener más detalles, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

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

Gestión de uso

¿Qué es la gestión de uso?

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

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

¿Qué es una revisión de uso?

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

Revisión de autorización previa o anterior al servicio.

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

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

Revisión concurrente

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

Revisión retrospectiva

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

¿Qué es una revisión de uso? (continuación)

Notificación de servicios aprobados

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

Determinaciones adversas y apelaciones

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

Recursos y recompensas para afiliados

Visítenos en línea en 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 de afiliado en línea para que revise el estado de su reclamación, vea su *Evidencia de Cobertura (EOC)* o entienda sus gastos de bolsillo, copagos y el progreso hasta alcanzar su deducible anual.

Conéctese en línea y tome el control

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

En nuestro sitio web, puede:

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

Inicie sesión en su cuenta de afiliado en línea para:

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

Programa de recompensas myhealthpays®

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

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

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

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

Los fondos vencen apenas termina la cobertura del seguro.

Conexión de su atención médica:

NUEVAS OPCIONES PARA MANEJAR SUS REGISTROS MÉDICOS DIGITALES

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

Imagine lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

Palabras que debe conocer

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

Glosario de atención médica

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

Apelación
Es una solicitud formal, ya sea en forma verbal, por escrito, o por transmisión electrónica, para que se reconsidere una determinación sobre los beneficios del afiliado, cuando se haya denegado un servicio o un reclamo. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra determinación de rechazar, modificar, reducir o terminar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de atención médica, incluidos la admisión a un establecimiento de atención médica o estadía continuada en él. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa, de manera oportuna, puede considerarse como una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

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

Atención de urgencia
Es atención médica que necesita con rapidez. Puede recibirla en un centro de atención de urgencia.

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

Consulta
Solicitud de aclaración de un beneficio, producto o elegibilidad sin expresar insatisfacción.

Copago
Monto de dinero establecido que paga cada vez que recibe un servicio médico o recoge un medicamento recetado.

Dentro 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 está dentro de nuestra red, está cubierto en su plan de salud. Si un proveedor o servicio está fuera de la red, usted podría ser responsable de los servicios que reciba. Cuando sea posible, quédese dentro de la red.

Determinación adversa del beneficio
Este es el aviso que recibe si denegamos la cobertura para un servicio que ha solicitado.

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

Glosario de atención médica (continuación)

Gestión de uso
Es el proceso que utilizamos para asegurarnos de que reciba el tratamiento correcto. Revisamos sus circunstancias médicas y de salud y luego decidimos el mejor curso de acción.

Lista de beneficios
Es un documento en el que se mencionan los beneficios que tiene cubiertos. Contiene información sobre los montos de copago, costos compartidos y deducibles para beneficios cubiertos.

Pago de prima
Su prima es el monto de dinero que pagará todos los meses por la cobertura de seguro de salud. En su factura mensual se muestra el pago de su prima.

Proveedor de atención primaria (PCP)
Es el médico principal que usted ve para sus necesidades de atención médica. Conozca bien a su PCP y manténgase siempre al día con sus consultas de bienestar. Cuanto más conozca su PCP sobre su salud, mejor podrá atenderlo.

Proveedor fuera de la red
Médico o proveedor que NO está identificado en la lista más reciente de la red, que se indica en su identificación de afiliado. Los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red no están cubiertos, excepto los que se indiquen específicamente en su *Evidencia de Cobertura* (EOC). En su *Evidencia de Cobertura* puede hallar detalles sobre los proveedores dentro de la red, la atención, los servicios y los gastos.

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 la insatisfacción con el servicio proporcionado por la compañía aseguradora.

Reclamo
Un reclamo puede ser una apelación o una queja contra el plan o los proveedores de salud. Algunos reclamos se resuelven con la primera llamada si se pueden abordar en su totalidad y darlos por finalizados.

Servicios de atención preventiva
Son servicios habituales de atención médica destinados a mantenerlo sano y detectar problemas antes de que comiencen. Por ejemplo: sus chequeos, pruebas de presión arterial, ciertas evaluaciones de detección de cáncer, etc. Encontrará una lista de servicios de atención preventiva en su *Evidencia de Cobertura* y en nuestro sitio web Ambetter.pshgeorgia.com.

Subsidio
Es un crédito tributario que disminuye su prima mensual. Los subsidios provienen del gobierno. Si reúne o no los requisitos para obtenerlo depende del tamaño de su familia, de sus ingresos y de dónde viva.

Ambetter de Peach State Health Plan está avalada por Ambetter de Peach State Inc.
© 2022 Ambetter de Peach State Inc.
Todos los derechos reservados.

AMB21-GA-C-00632_SELECT

Declaración de no discriminación

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

Ambetter de Peach State Health Plan:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Peach State Health Plan, 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Si cree que Ambetter de Peach State Health Plan no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, 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 Fax 1-866-532-8855. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Peach State Health Plan está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter 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 የሚረዱት 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، یا کسي که به او کمک مي کنید سؤالي در مورد Ambetter from Peach State Health Plan دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. براي صحبت کردن با مترجم با شماره 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) تماس بگیرید.
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。