**El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)** es un documento que le ayudará a elegir un plan **médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita https://ambetter.pshpgeorgia.com/2019-brochures.html, o llamar a 1-877-687-1180 (TTY/TDD: 1-877-941-9231). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-877-687-1180 (TTY/TDD: 1-877-941-9231) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deductible general?** | $3,000 individual/$6,000 familia. | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta por el monto de deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales deducibles hasta el importe total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general deducible. |
| **¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible?** | Sí. Servicios de atención preventiva, atención primaria, especialistasy visitas de la oficina de atención de urgencia , medicamentos de marca preferida y genéricos están cubiertos antes de que su deducible. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad deducible . Pero puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo-compartido y antes de que su deducible. Ver una lista de los cubiertos servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay algún otro deductibles por servicios específicos?** | No. | No tienes que cubrir deducibles para servicios específicos. |
| **¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?** | Para red $6,750 individuo / $13,500 la familia. No, para no - proveedores de la red. | El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que el general familia límite de desembolso se ha encontrado. |
| **¿Qué no incluye el desembolso máximo?** | Primas, gastos saldo de facturación y atención de la salud este plan no cubre. | A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el límite de la hacia fuera-de-bolsillo. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?** | Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-877-867-1180 para una lista de proveedores de la red. | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagas menos si usas un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utilizas un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y que su plan paga (balance de facturación). Ten en cuenta, su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de llegar a servicios. |
| **¿Necesita un referido para ver a un especialista?** | No. | Puedes ver el especialista que elige sin remisión. |

Todos los costos de copago and coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deductible si aplica un deductible.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | $30 Copago/visit; no se aplica deducible | No está cubierto | -----Ninguno----- |
| | Visita al especialista | $60 Copago/visit; no se aplica deducible | No está cubierto | -----Ninguno----- |
| | Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna | No hay costo | No está cubierto | -----Ninguno----- |
| **Si se realiza un examen** | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. Obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles. |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.** Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en lista de medicamentos preferidos. | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Venta por menor: $25 Copago por/prescription; Correo: /prescription de copagode $75; no se aplica deducible | No está cubierto | Medicamentos se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3. |
| | Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2) | Venta por menor: $50 Copago por/prescription; Correo: /prescription de copagode $150; no se aplica deducible | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3. |
| | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3) | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3. |
| | Medicamentos especializados (Nivel 4) | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3. |
| **Si se somete a una operación ambulatoria** | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencias | $600 Copago por/visit con deducible | $600 Copago por/visit con deducible | Instalaciones dentro de la red pueden prestar servicios de proveedores fuera de la red. Fuera de la red servicios de emergencia, usted puede ser responsable de la diferencia entre cargos facturados del proveedor y monto permitido del plan. (Véase la nota sobre facturación de equilibrio por encima de esta tabla). |
| | Transporte médico de emergencia | 30% de Coseguro | 30% de Coseguro | Instalaciones dentro de la red pueden prestar servicios de proveedores fuera de la red. Fuera de la red servicios de emergencia, usted puede ser responsable de la diferencia entre cargos facturados del proveedor y monto permitido del plan. (Véase la nota sobre facturación de equilibrio por encima de esta tabla). |
| | Atención de urgencia | $100 Copago por/visit; no se aplica deducible | No está cubierto | -----Ninguno----- |
| **Si le hospitalizan** | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | $750 de Copago por día con deducible | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Copago de $250 por estancia; no se aplica deducible | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| **Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías** | Sevicios ambulatorios | $30 de Copago/office visita; no se aplica deducible ; 30% de coseguro para otros servicios | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa) |
| | Servicios internos | Copago de $750 por día con deducible | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | $30 de Copago/visit; no se aplica deducible | No está cubierto | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, deducible o copago . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
| | Servicios de parto profesionales | Copago de $250 por estancia; no se aplica deducible | No está cubierto | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, deducible o copago . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | Copago de $750 por día con deducible | No está cubierto | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, deducible o copago . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales** | Cuidado de la salud en el hogar | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. 120 visitas al año. |
| | Servicios de rehabilitación | 30% de Coseguro | No está cubierto | 40 visitas combinan anuales para habla, física y terapia ocupacional y atención quiropráctica. |
| | Servicios de habilitación | 30% de Coseguro | No está cubierto | 40 visitas combinan anuales para habla, física y terapia ocupacional y atención quiropráctica. |
| | Cuidado de enfermería especializada | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. 60 días por año en un centro. |
| | Equipo médico duradero | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | 30% de Coseguro | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| **Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista** | Examen de la vista pediátrico | No hay costo | No está cubierto | 1 visita al año. |
| | Anteojos para niños | No hay costo | No está cubierto | 1 punto por año. |
| | Chequeo dental pediátrico | No está cubierto | No está cubierto | -----Ninguno----- |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Servicios de aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado dental
- Cuidados a largo plazo
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan document.)

- Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 40 especialistas por año combinado con habla, física y terapia ocupacional)
- Audífonos (sólo implantes cocleares)
- Tratamiento de la infertilidad (cubierto para el diagnóstico de la infertilidad sólo)
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Cuidado de los pies de rutina (relacionado al tratamiento de la diabetes)
- Programas de pérdida de peso (4 visitas al año para el asesoramiento nutricional para el tratamiento de la obesidad)

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Ambetter from Peach State Health Plan at 1-877-687-1180 (TTY/TDD: 877-941-9231); Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, Two Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, Phone No. (404) 656-2070 or (800) 656-2298. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo or apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación, o una queja a su plan por cualquier motivo.Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, Two Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, Phone No. (404) 656-2070 or (800) 656-2298.

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

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo?**

Si su plan estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1180, TTY/TDD 1-877-941-9231
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1180, TTY/TDD 1-877-941-9231
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-877-687-1180, TTY/TDD 1-877-941-9231
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-877-687-1180, TTY/TDD 1-877-941-9231

——————————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.——————————

## Acerca de los ejemplos de cobertura:

**Este no es un estimador de costos.**. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual

### Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El proveedores general del plan $3,000
- Especialista copago $60
- Hospital (instalaciones) copago $750
- Otro coseguro 30%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al especialista (atención prenatal)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)
Visita al especialista (anestesia)

| **Costo total hipotético** | **$12,800** |
|---|---|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| Costo compartido | |
|---|---|
| Deductibles | $3,000 |
| Copagos | $1,400 |
| Coseguro | $300 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$4,760** |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El proveedores general del plan $3,000
- Especialista copago $60
- Hospital (instalaciones) copago $750
- Otro coseguro 30%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

| **Costo total hipotético** | **$7,400** |
|---|---|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| Costo compartido | |
|---|---|
| Deductibles | $1,300 |
| Copagos | $1,800 |
| Coseguro | $600 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$3,760** |

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

- El proveedores general del plan $3,000
- Especialista copago $60
- Hospital (instalaciones) copago $750
- Otro coseguro 30%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Sala de emergencias (incluye materiales médicos)
Prueba diagnóstica (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (terapia física)

| **Costo total hipotético** | **$1,900** |
|---|---|

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| Costo compartido | |
|---|---|
| Deductibles | $1,100 |
| Copagos | $200 |
| Coseguro | $500 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$1,800** |

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

## Declaración de no discriminación

Ambetter de Peach State Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Peach State Health Plan no excluye personas o 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 de lenguaje por señas
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario 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 a 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 una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

© 2018 Ambetter of Peach State. Todos los derechos reservados.

| | |
|---|---|
| **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، یا 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。 |

© 2016 Ambetter of Peach State. All rights reserved.