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/2020-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?	$6,000 individual / $12,000 Familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan,cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible?	Sí. Los servicios de atención preventiva,atención primaria, especialistasy visitas a la oficina de atención de urgencia, exámenes oculares y anteojos de niños, trabajo de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con la cantidad deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted cumpla con su deducible. Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deductibles por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para proveedores de red: $8,100 individual / $16,200 Familia. No, paraproveedoresque no son de red.	El límite de gastos de su bolsillo 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 su bolsillo hasta que se haya cumplido con el límite general de gastos de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas,cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, que don't contar para el límite de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Consulte Buscar un proveedor o llame 1-877-867-1180 para obtener una lista de proveedores de red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera dela red y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturaciónde saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una referencia.

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 / visita; deducible no se aplica	No cubierto	-----Ninguno-----
	Visita al especialista	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	Sin cargo	No cubierto	-----Ninguno-----
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	$30 Copago / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplicadeducible); 40% Coseguro para rayos X e imágenes diagnósticas	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa, puede resultar en una reducción de los beneficios. Consulte su política para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera 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 al por menor: $20 Copago / receta; Pedido por correo: $50 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe de costo compartido al por menor.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	venta al por menor: $50 Copago / receta; Pedido por correo: $125 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe de costo compartido al por menor.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe de costo compartido al por menor.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 30 días a través de la orden por correo.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera 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	40% Coseguro	40% Coseguro	Las instalaciones dentro de la red pueden proporcionar servicios de proveedores fuera de la red. Para los servicios de emergencia fuera de la red, usted puede ser responsable de la diferencia entre los cargos facturados por el proveedor y la cantidad permitida del plan. (Véase la nota sobre la facturación de saldos por encima de este gráfico.)
	Transporte médico de emergencia	40% Coseguro	40% Coseguro	Las instalaciones dentro de la red pueden proporcionar servicios de proveedores fuera de la red. Para los servicios de emergencia fuera de la red, usted puede ser responsable de la diferencia entre los cargos facturados por el proveedor y la cantidad permitida del plan. (Véase la nota sobre la facturación de saldos por encima de este gráfico.)
	Atención de urgencia	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	-----Ninguno-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	$30 Copago / visita a la oficina (no se aplicael deducible); 40% Coseguro para todos los demás servicios ambulatorios	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. (Las visitas de PCP y otras visitas profesionales no requieren autorización previa)
	Servicios internos	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera 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 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. La distribución de costos no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar coseguros, deducibles o copago. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	40% Coseguro	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. La distribución de costos no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar coseguros, deducibles o copago. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	40% Coseguro	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. La distribución de costos no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar coseguros, deducibles o copago. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (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	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. 120 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	40% Coseguro	No cubierto	40 Visitas combinadas por año para Terapia del Habla, Física y Ocupacional y Cuidado Quiropráctico.
	Servicios de habilitación	40% Coseguro	No cubierto	40 Visitas combinadas por año para Terapia del Habla, Física y Ocupacional y Cuidado Quiropráctico.
	Cuidado de enfermería especializada	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. 60 días al año en una instalación.
	Equipo médico duradero	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	40% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No cubierto	1 visita por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	1 artículo por año.
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No 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.)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado ocular de rutina (adulto)
- Enfermería de servicio privado
- Odontólogos

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

- Audífonos (solo implantes cocleares)
- Cuidado quiropráctico (limitado a 40 visitas especializadas por año combinadas con Terapia del Habla, Física y Ocupacional)
- Cuidado rutinario del pie (relacionado con el tratamiento de la diabetes)
- Programas de pérdida de peso (4 Visitas por año para asesoramiento nutricional para el tratamiento de la obesidad)
- Tratamiento de la infertilidad (Cubierto solo para el diagnóstico de infertilidad)

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. 1-404-656-2070 or 1-800-656-2298. 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. 1-404-656-2070 or 1-800-656-2298.

¿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.

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 877-687-1180, TTY/TDD 877-941-9231
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-687-1180, TTY/TDD 877-941-9231
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 877-687-1180, TTY/TDD 877-941-9231
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 877-687-1180, TTY/TDD 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	$6,000
Especialista copago	$60
Hospital (Instalaciones) coseguro	40%
Otro coseguro	40%

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	$3,500
Copagos	$900
Coseguro	$3,600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$8,060**

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	$6,000
Especialista copago	$60
Hospital (Instalaciones) coseguro	40%
Otro coseguro	40%

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	$1,000
Copagos	$2,100
Coseguro	$700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	**$3,860**

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

El proveedores general del plan	$6,000
Especialista copago	$60
Hospital (Instalaciones) coseguro	40%
Otro coseguro	40%

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	$1,000
Copagos	$200
Coseguro	$700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,900**

Nota para los afiliados indígenas americanos y nativos de Alaska: Estos números asumen que el paciente recibió atención de un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP), o con referencia de un IHCP para un proveedor que no es un IHCP. Si usted recibe atención de un proveedor que no es un IHCP sin una referencia de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

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، 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。

© 2016 Ambetter of Peach State. All rights reserved.