



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://ambetter-es.pshpgeorgia.com/2022-brochures.html> o llamar al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0 por individuo y \$0 por familia.	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí, excepto la Marca preferida (Nivel 2), Marca no preferida (Nivel 3) y medicamentos de especialidad (Nivel 4).	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no llega al monto del deducible , pero podría aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que llegue a su deducible . Vea la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, \$500 persona / \$1,000 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro deducible específico.	Antes de que este plan empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red , \$2,700 por individuo y \$5,400 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , facturación de saldo , y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. https://ambetter.pshpgeorgia.com/fi ndadoc o llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) para una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a 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 lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$10 Copago / visita	No cubierto	Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad.
	Consulta con un especialista	\$20 Copago / visita	No cubierto	Cubierto sin límite.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$10 Copago / prueba para laboratorio y servicios profesionales 50% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 50% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio. El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetter.ps.hpgeorgia.com/2022formulary .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Vendedor genérico preferido: \$5 Copago / receta Vendedor genérico: \$10 Copago / receta	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor. Deducible de \$500 persona / \$1,000 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados .
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Deducible de \$500 persona / \$1,000 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados .
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Deducible de \$500 persona / \$1,000 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	50% Coseguro	50% Coseguro ; deducible no se aplica	Cubierto sin límite.
	Transporte médico de emergencia	50% Coseguro	50% Coseguro ; deducible no se aplica	Cobertura sin límite. Nota: No se requiere la autorización previa para el transporte de emergencia, sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.
	Atención de urgencia	\$10 Copago / visita	No cubierto	Cubierto sin límite.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$10/visita al consultorio; Coseguro de 50% para otros servicios ambulatorios	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10 Copago / visita	No cubierto	No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El costo compartido no aplica a servicios preventivos , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro , deducible o copago . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/70893GA001.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	50% Coseguro	No cubierto	para servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago , coseguro o deducible . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 120 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a un máximo de 40 visitas por año combinadas para atención quiropráctica, terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.
	Servicios de habilitación	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a un máximo combinado de 40 visitas por año para quiropráctica, terapia del habla, física y ocupacional. Nota: Los límites de la terapia de rehabilitación no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.
	Atención de enfermería especializada	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.
	Equipo médico duradero	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin costo	No están cubiertos	Limitado a 1 artículo al año.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/70893GA001.pdf>.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener 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) | • Atención de la vista de rutina (Adulto) | • Cirugía estética |
| • Acupuntura | • Atención dental | • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos |
| • Atención a largo plazo (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.) | • Audífonos | • Programas de pérdida de peso |
| | • Cirugía bariátrica | |

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| • Cuidado quiropráctico (Limitado a un máximo combinado de 40 visitas al año para atención de quiropráctico, terapia del habla, terapia física y terapia ocupacional.) | • Programas de pérdida de peso (4 visitas al año para asesoramiento nutricional.) | • Tratamiento de la infertilidad (Limitado únicamente a cobertura para diagnóstico de infertilidad.) |
| • Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.) | | |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Peach State Health [Plan](#) a 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231); 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.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, 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? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No Corresponde

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

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, kwijigo 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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$20
■ Hospital (establecimiento) coseguro	50%
■ Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$2,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,760

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$20
■ Hospital (establecimiento) coseguro	50%
■ Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles*	\$500
Copagos	\$300
Coseguro	\$1,800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,620

Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista copago	\$20
■ Hospital (establecimiento) coseguro	50%
■ Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles*	\$10
Copagos	\$60
Coseguro	\$1,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,270

Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos? en la fila más arriba.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.



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 કોલ 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 እርስዎ የሚርዱት ሰው ስለ Ambetter from Peach State Health Plan ግብር ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፡፡ እስተርጓሚ ለማግኘት 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 تساعد 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 کسی که به او کمک می کنید سوالی 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. برای 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。

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:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o 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:
 - o Intérpretes calificados
 - o 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>.