Georgia Families Medicaid &
PeachCare for Kids®

2026 Manual para Afiliados

peach state health plan™

pshp.com | 1-866-874-0633 • TTY: 1-800-255-0056 | Abril de 2026

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. 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.

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, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Peach State Health Plan al 1-800-704-1484 (TTY/TDD 1-800-255-0056).

Si cree que Peach State Health Plan no ha brindado estos servicios o que discriminó de otra manera en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

Peach State Health Plan Complaints Department
1100 Circle 75 Parkway, Suite 1100, Atlanta, GA 30339,
1-800-704-1484 (TTY/TDD 1-800-255-0056), Fax 1-855-678-6982.

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico.

Si necesita ayuda para presentar una queja, Peach State Health Plan está disponible para ayudarle. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, correo o teléfono en

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

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

Bienvenido(a)

Gracias por elegir a Peach State Health Plan como su nuevo plan de salud para Medicaid o PeachCare for Kids®. Peach State Health Plan ofrece a nuestros afiliados servicios de atención médica de calidad y la atención personalizada que merecen. Este manual le informa sobre cómo obtener atención médica. Sírvase leer este Manual para afiliados y téngalo a la mano. Le informa sobre beneficios y servicios. Además, le dice a quién llamar cuando tiene preguntas.

Revise la tarjeta de identificación de Peach State Health Plan que recibió en el correo. Asegúrese de que la información esté correcta. Si encuentra un error, llame a nuestro Departamento de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 o visítenos en www.pshp.com. Se la cambiaremos.

Los afiliados deben llevar consigo su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan y tarjeta de Medicaid o tarjeta de PeachCare for Kids® cuando ven al médico. Además, deben llevar las tarjetas consigo cuando van al hospital o a la farmacia. Guarde estas tarjetas en un lugar seguro.

Los afiliados de Peach State Health Plan necesitan ver a un proveedor de atención primaria (PCP) para controles regulares e inmunizaciones. Un PCP le proveerá todos sus servicios de atención primaria. Si no ha elegido un PCP, por favor elija uno ahora. Puede llamar a nuestro Departamento de servicios para los afiliados.

Además, puede encontrar información acerca de nuestros programas y servicios en el sitio web de Peach State Health Plan. Vaya a www.pshp.com.

¡Gracias por elegir a Peach State Health Plan! Le

—Peach State Health Plan, Inc.

En este manual usted verá la palabra “afiliado” o “usted”. Si es afiliado de Peach State Health Plan, la información es para usted. Si el afiliado es menor de edad (o menor de 18 años de edad), la información es para el padre/la madre o tutor del afiliado.

Índice

Peach State Health Plan: 2

Bienvenido(a) 3

Recursos importantes 7

Cómo comunicarse con nosotros 7

Números telefónicos importantes 7

Cómo presentar un reclamo 7

Servicios de transporte cuando no hay una emergencia (Non-Emergency Medical Transportation Services) (NEMT) 8

Servicios de intérprete y traducción 8

Si el afiliado tiene problemas de audición, habla o visuales 9

Sitio Web para los afiliados 9

Tarjeta de identificación de afiliado 9

Tarjetas de identificación de muestra 10

Tarjetas de identificación temporales 10

Queremos saber de nuestros afiliados 10

Cambios de vida importantes 10

Cómo renovar 10

Proveedor de atención primaria 11

Provider Network & Provider Directory 11

Cómo elegir un PCP 11

Cómo cambiar de PCP 12

El papel del Hogar Médico 12

Papel de un Hogar Dental 12

Cómo elegir un PCD 12

Cómo cambiar de PCD 13

Programación de citas dentales 13

Continuidad y coordinación de la atención 13

Cómo acceder a la atención 13

Procedimientos para las citas 14

Tiempo de espera en el consultorio 14

Línea de consejo de enfermería 15

Atención urgente 15

Servicios hospitalarios 15

Atención de emergencia 16

Cómo obtener atención médica fuera del área de servicio 16

Información sobre beneficios 17
Servicios cubiertos por Peach State Health Plan 17
Servicios no cubiertos por Peach State Health Plan 21
Servicios necesarios desde el punto de vista médico 21
Autorreferencias 22
Referencias 22
Segunda opinión médica 23
Administración de la utilización 23
Autorización previa 23
Períodos de tiempo para solicitudes de autorizació 23
Comunicación con el personal de Administración de la utilización 23
Farmacia 24
Programa de bloqueo de farmacia 25
Pago por servicios 27
Copagos – Afiliados de Medicaid Georgia Families 27
Copagos de PeachCare for Kids® 28
Copago de Georgia Pathways 29
Beneficios con valor agregado 30
Visión 30
Recompensas de my health pays® 30
Programas 30
Servicios para la salud del comportamiento 30
Servicios de salud mental y de abuso de sustancias (drogas y alcohol) 31
Start Smart for Your Baby™ 31
Departamento de Servicios de Salud Comunitarios 32
Departamento de Impulsores de la Salud 32
CONNECTIONS Plus 33
Programa de detección, diagnóstico, y tratamiento temprano y periódico (EPDST) 33
Salud oral 34
Controles de salud para adultos 35
Administración de la Atención (CM) 35
Programas de Administración de la Atención y manejo de enfermedades (DM) 35
Tecnología nueva 37
Servicios de planificación familiar 38
Planning for Healthy Babies 38

Programa Georgia Pathways to Coverage 38
Embarazo 42
Programa de evaluación de la calidad y mejora del rendimiento (QAPI) 43
Junta Asesora de la Comunidad de Afiliados 44

Procedimientos de queja 44

Proceso de apelaciones 45
Apelación acelerada 46
Solicitud de una audiencia con el Estado 46

Continuación de beneficios 47

Derechos de los afiliados 48

Responsabilidades del afiliado 50
Programa para Fraude, Desperdicio y Abuso (FWA) 50
Autoridad y responsabilidad 51
Reembolso a médicos 51
Desafiliación 51
Restablecimiento 52
Directivas anticipadas 52
Declaración afirmativa 53
Georgia Health Information Network (GaHIN) 54

Cómo acceder a su atención médica: 54

Aviso de prácticas de privacidad 55
Obligaciones de las entidades cubiertas 55
Protecciones internas de la PHI oral, escrita y electrónica: 55
Usos y divulgaciones permisibles de su PHI 56
Otras divulgaciones de su PHI permitidas o requeridas 57
Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito 58
Derechos individuales 59
Información de contacto 60

Mapa de Servicios de Peach State Health Plan 62

Definiciones 63

Ayuda con el idioma 65

Recursos importantes

En Peach State Health Plan, creemos en valorar las diferencias individuales mediante nuestras acciones, ideas, prácticas y políticas. Si tiene preguntas o inquietudes, llame al 1-800-704-1484 (TTY 1-800-255-0056) o visite www.pshp.com.

Cómo comunicarse con nosotros

Si tiene preguntas, Servicios para los afiliados le ayudará. Nuestro personal está disponible de 7 a.m. a 7 p.m., (hora del Este) de lunes a viernes. Servicios para los afiliados está cerrado en feriados estatales.

También nos puede escribir a:	**Peach State Health Plan** **1100 Circle 75 Parkway** **Suite 1100** **Atlanta, GA 30339**

Visítenos en línea: www.pshp.com

Números telefónicos importantes

Si tiene preguntas, Servicios para los afiliados le ayudará.

Servicios para los afiliados 1-800-704-1484
Fax 1-800-659-7518
TTY/TDD 1-800-255-0056
Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 1-800-704-1484
Dental y vista 1-800-704-1484
Farmacia 1-800-704-1484
Departamento de Coordinación de Recursos Comunitarios 1-800-504-8573
Start Smart for Your Baby™ 1-800-504-8573
Salud mental y abuso de sustancias 1-800-947-0633
Emergencia 911
Sitio Web ..... www.pshp.com

La información que reciba electrónicamente de nosotros puede guardarse e imprimirse. Usted también puede obtener una copia de la información electrónica en papel sin ningún costo. Llámenos al: 1-800-704-1484. Recibirá el formulario en papel en un plazo de cinco días hábiles.

Cómo presentar un reclamo (hable con su médico para solicitar un formulario de reclamo)

Envíe todos los reclamos médicos a:	**Peach State Health Plan** **PO Box 3030** **Farmington, MO 63640-3812**

Servicios de transporte cuando no hay una emergencia (Non-Emergency Medical Transportation Services) (NEMT)

Georgia Medicaid proporcionará a los afiliados transporte para ir a sus citas médicas y regresar de las mismas. Llame a la empresa que brinda el servicio en el área del afiliado. Llame al menos 3 días hábiles antes de la cita del afiliado si es posible.

- Atlanta: 404-209-4000 (Verida)
- Central: 1-888-224-7981 (Verida)
- Suroeste: 1-888-224-7985 (Verida)
- Norte: 1-678-510-4555 o 1-866-388-9844 (Verida)
- Sureste/Este: 1-888-224-7988 (Verida)

Servicios de intérprete y traducción

Los afiliados tienen derecho a recibir traducciones gratuitas en las consultas médicas. Los servicios de intérprete se ofrecen sin costo para los afiliados. La línea para idiomas de Peach State Health Plan está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para recibir servicios de traducción:

- Llame a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484. Si tiene problemas de la audición, llame a nuestro número TDD/TTY al 1-800-255-0056.
- Dígales el idioma que habla el afiliado. Nos aseguraremos de que haya un intérprete al teléfono.

Nuestra línea de Servicios para los afiliados está disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Escoja la opción 2 de Servicios para los Afiliados y después la Opción 4 para hablar con un integrante de enfermería si llama fuera del horario de atención al público. El enfermero le ayudará a hablar con un traductor.

Si el afiliado necesita ayuda en persona, Peach State Health Plan puede visitarlo en su domicilio. Para recibir servicios de traducción cuando llame al consultorio de un proveedor para programar una cita:

- Dígales que el afiliado necesita ayuda con un traductor.
- Dígales qué idioma habla el afiliado

Llame a Servicios para los afiliados antes de la cita del afiliado si necesita ayuda para conseguir un traductor para una consulta con el médico. Asegúrese de llamar al menos tres (3) días hábiles antes de la cita para conseguir un traductor.

Para elegir a un proveedor que hable el idioma del afiliado, llame al Servicio para los afiliados. Nosotros podemos ayudarle. Los afiliados también pueden buscar un proveedor que hable su idioma en nuestro sitio web. Visite www.pshp.com y haga clic en el enlace "Buscar un proveedor " (Find a Provider), luego seleccione "Comenzar una búsqueda de proveedores" (Start a Provider Search) y, a continuación, haga clic en "filtrar" (filter) para seleccionar el idioma.

Si el afiliado tiene problemas de audición, habla o visuales

¿Necesita ayuda para entender esto? Puede obtener información en otro idioma, letras grandes, braille o audio. Llame a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 (TTY/TDD 1-800-255-0056).

Sitio Web para los afiliados

El sitio web de Peach State Health Plan le ayuda a obtener las respuestas que necesita. El sitio web tiene recursos y características que facilitan la obtención de atención médica de calidad..

Visítenos en línea para enterarse sobre beneficios y servicios. Además, puede encontrar estos recursos:

- Los afiliados pueden buscar en el Manual para Afiliados
- Los afiliados pueden buscar en el Directorio de Proveedores
- Guía de recursos comunitarios
- Información sobre los programas de Peach State Health Plan
- Derechos y responsabilidades de los afiliados
- Aviso de privacidad para los afiliados

Funciones especiales:

- Los afiliados pueden cambiar a su Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Imprima una tarjeta de identificación temporal
- Verifique elegibilidad y el estado de reclamaciones
- Revise la explicación de beneficios
- Verifique autorizaciones
- Haga preguntas y proporcione sugerencias a Peach State Health Plan a través de Mensajes de los Afiliados.
  - Un representante de servicios para los afiliados responderá a sus necesidades tan pronto como sea posible.
- Encuentre a un nuevo proveedor o cambie de proveedor.
  - Buscar un proveedor (Find a Provider) le ayuda a buscar a un médico por nombre, localidad, hospital e idioma.
- Presente una queja

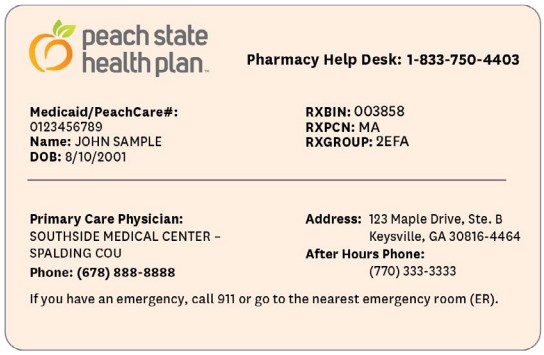
Para obtener más información, puede visitar nuestro sitio web en www.pshp.com. Si necesita ayuda para entender esta información, llame a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484. Si tiene problemas de la audición llame al 1-800-255-0056.

Tarjeta de identificación de afiliado

Los afiliados necesitan mostrar su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan cuando reciben atención médica. Además, necesitan mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid o PeachCare for Kids®. Los afiliados pueden tener problemas para obtener atención médica o medicamentos recetados si no tienen una tarjeta. Los afiliados deben llevar a sus citas las tarjetas de otro seguro médico que pudieran tener.

Las tarjetas de identificación solo las puede usar el afiliado cuyo nombre se encuentra en las tarjetas. Los afiliados no deben dejar que nadie más use sus tarjetas. Si lo hacen, pueden ser responsables por los costos. Además, podrían perder su elegibilidad para Medicaid.

Tarjetas de identificación de muestra


peach state health plan

Pharmacy Help Desk: 1-833-750-4403

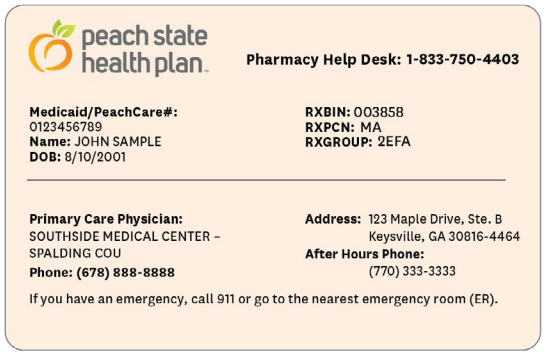
Medicaid/PeachCare#: 0123456789
Name: JOHN SAMPLE
DOB: 8/10/2001

RXBIN: 003858
RXPCN: MA
RXGROUP: 2EFA

Primary Care Physician: SOUTHSIDE MEDICAL CENTER – SPALDING COU
Phone: (678) 888-8888

Address: 123 Maple Drive, Ste. B Keysville, GA 30816-4464
After Hours Phone: (770) 333-3333

If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER).


peach state health plan

Pharmacy Help Desk: 1-833-750-4403

Medicaid/PeachCare#: 0123456789
Name: JOHN SAMPLE
DOB: 8/10/2001

RXBIN: 003858
RXPCN: MA
RXGROUP: 2EFA

Primary Care Physician: SOUTHSIDE MEDICAL CENTER – SPALDING COU
Phone: (678) 888-8888

Address: 123 Maple Drive, Ste. B Keysville, GA 30816-4464
After Hours Phone: (770) 333-3333

If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER).

Tarjetas de identificación temporales

Queremos ayudarle a mantener sus beneficios de Medicaid y PeachCare for Kids®. Para mantener activa su cobertura, debe completar su revisión a tiempo o puede perder su cobertura de Medicaid o PeachCare for Kids®. Esto causará una interrupción en su cobertura de atención médica. Si tiene preguntas sobre el proceso de revisión, comuníquese con Gateway llamando al 1-877-423-4746, o visite su sitio web https://gateway.ga.gov/. Si desea obtener más información sobre la revisión o el restablecimiento de sus beneficios, llámenos al 1-800-704-1484 o TDD/TTY al 1-800-255-0056.

Queremos saber de nuestros afiliados

Queremos saber lo que a los afiliados les gusta y lo que no les gusta de Peach State Heath Plan. Queremos asegurarnos de que estamos excediendo sus expectativas de servicio. Queremos saber qué necesitamos hacer para mejorar la manera en que brindamos servicios a nuestros afiliados. Los afiliados nos pueden llamar al: 1-800-704-1484 de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. excluyendo feriados, para decirnos lo que piensan. Los afiliados también pueden entrar a nuestro sitio web para dar su opinión acerca de nuestros beneficios y servicios.

Cambios de vida importantes

Si un afiliado de Georgia Families Medicaid ha tenido un cambio importante en su vida, es necesario que su trabajador social lo sepa. Esto se podría tratar de un cambio en la siguiente información del afiliado:

- Dirección
- Número telefónico
- Tamaño de su familia
- Empleo

Los afiliados de Georgia Families Medicaid deben llamar a su trabajador social de la División de Servicios para Familias y Niños (Division of Family and Children Services) (DFCS) tan pronto como se mude a una nueva dirección. Una vez que llamen a su trabajador social, deben llamar a Gateway para cambiar su dirección. El número es 1-877-423-4746. Los cambios también se pueden hacer en línea en: https://gateway.ga.gov.

Los afiliados deben llamar al Departamento de servicios para los afiliados de Peach State Health Plan e informarnos sobre el cambio. Ellos seguirán recibiendo servicios de atención médica hasta que se cambie la dirección.

Cómo renovar

Queremos ayudar a nuestros afiliados a mantener sus beneficios de Medicaid y PeachCare for Kids®. Los afiliados deben renovar a tiempo o pueden perder su cobertura de Medicaid o PeachCare for Kids®.

Para preguntas sobre el proceso de renovación llame al: 1-877-423-4746. Para obtener más información sobre la renovación o restablecimiento de sus beneficios, llámenos al 1-800-704-1484 o TDD/TTY al 1-800-255-0056.

Proveedor de atención primaria

Un proveedor de atención primaria (PCP) del afiliado debe proveer todos sus servicios de atención primaria. El PCP forma parte del hogar médico del afiliado. Esto significa que él o ella:

- Se encargará de las referencias para la atención especializada.
- Actualizará el expediente médico del afiliado. Esto incluye llevar la cuenta de la atención médica que reciben de ellos y de especialistas.
- Brindará servicios de la misma manera a todos los pacientes.
- Dará al afiliado los exámenes físicos regulares según sean necesarios.
- Proveerá servicios de detección, diagnóstico, y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment) (EPDST).
- Le pondrá al afiliado las inmunizaciones normales según sean necesarias.
- Llevará la cuenta de sus necesidades de salud preventiva.
- Se asegurará de que el afiliado se pueda comunicar con él/ella en todo momento.
- Conversará sobre qué son las directivas anticipadas y archivará las directivas apropiadamente en el expediente médico del afiliado.
- Escuchará y conversará sobre la atención del afiliado.
- Aconsejará al afiliado sobre el lugar apropiado para recibir atención con base en la urgencia de sus necesidades.
- Identificará y tratará las condiciones comunes.

Provider Network & Provider Directory

La red local de proveedores de Peach State Health Plan es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud que han acordado proporcionarle sus servicios de atención de la salud. Para buscar en el Directorio de Proveedores, visite pshp.com y use la herramienta Find a Provider (Buscar a un proveedor).

Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre la red de proveedores, incluida información como nombre, dirección, números telefónicos, si aceptan nuevos pacientes, calificaciones profesionales, idiomas que hablan, sexo, especialidad y estado de certificación de la Junta. Para obtener más información sobre la escuela de medicina y la residencia de un proveedor, llame a Servicios para los Afiliados. Una copia impresa del Directorio de proveedores está disponible previa solicitud.

Cómo elegir un PCP

Los afiliados de Peach State Health Plan pueden elegir un PCP. El PCP del afiliado puede ser uno de los siguientes:

- Médico familiar
- Médico general
- Internista
- Enfermero(a) práctico(a)
- Pediatra (niños y adolescentes)
- Gineco-obstetra (mujeres)

Es importante que los afiliados llamen a su PCP primero cuando necesiten atención. El PCP coordinará todas las necesidades de atención médica del afiliado. El PCP trabaja con el afiliado para llegar a conocer su historia médica y ayuda a cuidar de su salud. Los afiliados tienen la opción de elegir al mismo PCP para toda la familia, o cada familiar puede tener un PCP distinto.

Los afiliados deben llamar siempre al consultorio de su PCP cuando tengan una pregunta sobre su atención médica.

Él o ella puede ayudar al afiliado a obtener otros servicios que pudiera necesitar. Las mujeres pueden elegir a un médico gineco-obstetra o a una partera además de su PCP. Hay Proveedores de atención primaria de Peach State Health Plan que son sensibles a las necesidades de muchas culturas. Hay proveedores que hablan el idioma del afiliado y que entienden las tradiciones y costumbres de su familia.

Puede que los afiliados hayan elegido un PCP cuando se afiliaron a Peach State Health Plan. Si no lo hicieron, Peach State Health Plan asignó al afiliado a un PCP.

Los afiliados pueden encontrar información sobre en qué escuela estudió medicina o completó un programa de residencia su médico, o si él /ella está Certificado(a) por la Junta Médica llamando a Servicios para los afiliados.

Cómo cambiar de PCP

Los afiliados pueden cambiar de PCP si no están satisfechos. Los afiliados pueden cambiar de PCP una vez al mes durante los primeros 90 días de inscripción en Peach State Health Plan. Después de 90 días, los afiliados pueden cambiar de PCP una vez cada seis meses. Además, pueden recibir servicios de cualquier proveedor de atención primaria que participe en Peach State Health Plan en cualquier momento sin tener en cuenta la asignación.

Hay otros casos en los que el afiliado puede cambiar de PCP. El afiliado puede cambiar en cualquier momento si:

- El PCP ya no está en el área.
- El PCP no brinda los servicios que el afiliado busca debido a razones religiosas o morales.
- El afiliado quiere tener el mismo PCP que otros familiares.

El papel del Hogar Médico

Un Hogar Médico da a nuestros afiliados la atención correcta en el momento correcto de manera que mejor satisfaga sus necesidades de atención médica.

En un Hogar Médico, los afiliados pueden:

- Recibir ayuda de su médico sobre su atención.
- Recibir atención coordinada y apoyo.
- Mejorar su salud y aumentar la satisfacción en su atención.
- Obtener una referencia para ver un especialista. Además, pueden conversar sobre los planes de atención que provee un especialista y evaluarlos.
- Conversar sobre su historia médica.
- Obtener ayuda para entender cómo tomar sus medicamentos.
- Obtener ayuda para seguir y cumplir con el plan de atención del médico y las metas.
- Recibir recursos y apoyo para tomar decisiones sobre sus necesidades de atención médica.

Papel de un Hogar Dental

Un Hogar Dental sirve como el dentista primario (Primary Care Dentist) (PCD) del afiliado para toda su atención médica oral. El PCD tiene una relación continua con el afiliado para proveer atención completa, accesible, coordinada y centrada en la familia. El PCD también hace referencias a especialista dentales cuando es necesario. Los Centros de salud autorizados por el gobierno federal (Federally Qualified Health Centers) (FQHC), dentistas generales y dentistas pediátricos pueden servir como hogares dentales principales.

Cómo elegir un PCD

Los afiliados de Peach State Health Plan menores de 21 años de edad deben tener un PCD. Es importante llamar al PCD cuando la atención dental es necesaria. Para elegir un PCD, llame a Servicios para los afiliados de Peach State Health Plan al: 1-800-704-1484 o visite nuestro sitio web en pshp.com.

Cómo cambiar de PCD

Un afiliado puede cambiar de PCD si no está satisfecho(a). Los afiliados pueden cambiar de PCD una vez al mes durante los primeros 90 días de inscripción en Peach State Health Plan. Después de 90 días, los afiliados pueden cambiar de PCD una vez cada seis meses. Ellos pueden elegir recibir servicios de cualquier dentista primario que participe en Peach State Health Plan en cualquier momento sin tener en cuenta la asignación. Hay otros casos en los que un afiliado puede cambiar de PCD.

Los afiliados pueden cambiar su PCD en cualquier momento si:

- El PCD ya no está en el área.
- El PCD no brinda los servicios que el afiliado busca debido a razones religiosas o morales.
- El afiliado quiere tener el mismo PCD que otros familiares.

Programación de citas dentales

Peach State Health Plan puede ayudar a los afiliados a programar citas dentales. Los afiliados nos pueden llamar al: 1-800-704-1484 si necesitan ayuda para programar una cita.

Continuidad y coordinación de la atención

Peach State Health Plan informará a nuestros afiliados si su PCP ya no está en la red de Peach State Health Plan. Peach State Health Plan ayudará al afiliado a cambiar de PCP. También informaremos al afiliado si su especialista sale de nuestra red. Ayudaremos al afiliado a encontrar otro especialista.

Cómo acceder a la atención

Los siguientes servicios requieren que el proveedor del afiliado se comunique con Peach State Health Plan para obtener aprobación previa:

- Servicios en instituciones geriátricas o de convalecencia
- Atención médica en el hogar
- Cuidados paliativos (cuidados para las personas con enfermedad terminal, por ejemplo, pacientes con cáncer)
- Hospitalización como paciente internado
- Servicios hospitalarios como paciente internado (La atención hospitalaria la coordina su PCP excepto en el caso de una emergencia. La atención médica hospitalaria como paciente internado se brinda en uno de los hospitales asociados con Peach State Health Plan. Estos hospitales aparecen en su Directorio de proveedores).
- Hospitalización parcial
- Atención residencial para la salud del comportamiento
- Materiales médicos (algunos materiales para el control de la insulina y de la glucosa sanguínea en diabéticos no requieren autorización)
- Equipo médico duradero
- Servicios del habla y de la audición, incluso audífonos
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Cuidado dental que no es de rutina (por ejemplo, cirugía)
- Servicios de cuidado de la vista (óptico) que no son de rutina (por ejemplo, cirugía)
- Transporte en ambulancia cuando no hay una emergencia
- Cirugía plástica y reconstructiva
- Ciertas pruebas de diagnóstico (MRI/MRA, exploraciones PET)
- Estudios del sueño
- Procedimientos de trasplante y servicios relacionados, sin tener en cuenta la edad

- Quimioterapia
- Tratamiento con radiación para el cáncer

Antes de ir donde un especialista el afiliado debe ver primero a su PCP. Es posible que su PCP pueda tratar el problema. Su PCP recomendará o solicitará que el afiliado consulte con un especialista si él o ella no puede tratar el problema del afiliado. Nuestro equipo de Servicios para los afiliados está listo para contestar preguntas sobre el PCP. Ellos también pueden ayudarle con preguntas sobre cómo consultar con un especialista.

Procedimientos para las citas

Los afiliados deberían poder conseguir una cita con su PCP como sigue::

- Con el PCP (consultas de rutina) deberían darse en un plazo de 14 días del calendario.
- Con el PCP (consulta para adultos cuando están enfermos) deberían darse en un plazo de 24 horas.
- Con el PCP (consulta pediátrica cuando el niño está enfermo) deberían darse en un plazo de 24 horas.
- Con proveedores dentales (consultas de rutina) no deben exceder 21 días del calendario.
- Con proveedores dentales (atención médica de urgencia) no deben exceder las 48 horas.
- Las consultas con el especialista deberían darse en un plazo de 30 días del calendario.
- Las consultas con un Proveedor de atención urgente se deberían dar en un plazo de 24 horas.
- La atención médica de emergencia se debería recibir inmediatamente y debería estar disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana y sin autorización previa.
- Las estadías optativas en el hospital que no son de emergencia deberían darse en un plazo de 30 días del calendario.
- Las visitas de salud del comportamiento /salud mental se deben proveer:
  - Inmediatamente para servicios de emergencia.
  - En un plazo de 6 horas o menos para emergencias que no amenazan la vida.
  - Dentro de un plazo de 24 horas desde la solicitud para atención urgente.
  - Dentro de un plazo de 10 días del calendario desde la solicitud para atención de rutina.
- Cita de obstetricia (visita inicial por embarazo) se debe proveer dentro de un plazo de 14 días desde la solicitud.
  - Primer trimestre - En un plazo de catorce (14) días del calendario desde la solicitud.
  - Segundo trimestre – En un plazo de siete (7) días del calendario desde la solicitud.
  - Tercer trimestre – En un plazo de tres (3) días hábiles desde la solicitud.

Los afiliados que están teniendo problemas para conseguir una cita deben llamar a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 o TTY al 1-800- 255-0056 para obtener ayuda.

Los afiliados que no puedan programar una visita de Salud Conductual/Salud Mental en 6 horas o menos para algo que no amenaza la vida deben ir a la sala de emergencia más cercana.

Los afiliados deben llevar consigo su tarjeta de identificación de afiliado de Peach State Health Plan y la tarjeta de Medicaid o de PeachCare for Kids® a todas sus citas. Los afiliados deben llegar a tiempo para que se le pueda atender según lo programado.

Tiempo de espera en el consultorio

Los PCP deben seguir los estándares a continuación si un afiliado está esperando durante una cita:

- Los tiempos de espera para las citas programadas no deben exceder los 60 minutos.
- Los pacientes que se presentan sin una cita cuyas necesidades no son urgentes deben ser atendidos dentro de un plazo de 90 minutos o se les debe programar una cita.
- A los pacientes que tienen una emergencia se les debe ver en seguida.

Línea de consejo de enfermería

Todos tienen preguntas sobre su salud. Peach State Health Plan quiere asegurarse de que los afiliados reciban repuestas a sus preguntas y ayuda cuando la necesiten. La Línea de consejo de enfermería es una línea telefónica gratuita para información de salud que atiende 24/7. Los enfermeros pueden contestar preguntas y ayudar a los afiliados con preguntas sobre:

- Embarazo.
- Qué hacer cuando su niño se enferma.
- Cómo conseguir transporte al consultorio del médico.
- Cómo obtener sus medicamentos.

Llame a la Línea de consejo de enfermería al 1-800-704-1484 y elija la Opción 2 para Servicios para los Afiliados y después la Opción 4 para hablar con un integrante de enfermería.

Atención urgente

La atención urgente es necesaria cuando el afiliado tiene una lesión o enfermedad que se debe tratar en un plazo de 24 horas. Normalmente no pone la vida en peligro, pero el afiliado no puede esperar para una visita de rutina con el médico. La atención urgente no es atención médica de emergencia.

Los afiliados deben seguir estos pasos cuando necesitan atención urgente:

1. Llame a su PCP primero. El nombre y número telefónico de su PCP están en la tarjeta de identificación de afiliado. También puede que se muestre un número para atención después de horario normal de oficina. Se le puede dar instrucciones por teléfono.

2. Si es fuera del horario de atención y el afiliado no puede comunicarse con su PCP, debe llamar a la Línea de consejo de enfermería al 1-800-704-1484; y seguir las instrucciones para hablar con un integrante de enfermería. Los afiliados deben tener a mano el número de su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan. El enfermero puede dirigir a los afiliados a otro tipo de atención o puede ofrecerles ayuda por teléfono. Es posible que los afiliados tengan que dar su número de teléfono al enfermero. Durante el horario normal de atención al público, el personal de enfermería ayudará a los afiliados a comunicarse con su PCP.

Si a los afiliados se les indica que consulten con otro médico o que acudan al servicio de emergencia del hospital más cercano, deberán:

- Traer su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan y su tarjeta de Medicaid o PeachCare for Kids®.
- Solicitar a su médico u hospital que llame a su PCP o a Peach State Health Plan lo antes posible.

Servicios hospitalarios

En Peach State Health Plan cubrimos los servicios hospitalarios como paciente internado. Si necesita que le admitan en un hospital y no se trata de una emergencia, su proveedor de atención primaria o especialista hará los trámites para que vaya a un hospital que esté dentro de la red de Peach State Health Plan y dará seguimiento a su atención incluso si necesita otros médicos durante su estancia en el hospital. Es obligatorio que se obtenga la aprobación de Peach State Health Plan para todos los servicios.

Para averiguar si un hospital está dentro de la red de Peach State Health Plan, o si tiene cualquier otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, por favor llame a Servicios para los Afiliados al 1-800-704-1484 (TTY 1-800-255-0056) o visite el directorio de proveedores en el sitio de Internet de Peach State Health Plan en http://pshp.com (hyperlink) (https://www.pshpgeorgia.com/members.html). Si se le presenta una emergencia y le hospitalizan, usted, un familiar o una amistad deben informar a su proveedor de atención primaria lo antes posible, pero a más tardar 24 horas después de que le hayan hospitalizado.

Atención de emergencia

Cuando los afiliados tienen dolores, enfermedades o lesiones graves, puede tratarse de una emergencia. Esto podría resultar peligroso para ellos. Los afiliados deben llamar inmediatamente al 911 si tienen una emergencia o acudir al servicio de emergencia más cercano. Los afiliados no necesitan la aprobación de un médico para recibir atención de emergencia. Si el afiliado no está seguro si se trata de una emergencia, puede llamar a su PCP. Su PCP les dirá qué hacer.

Las salas de emergencia son para emergencias. Los afiliados deben acudir al servicio de emergencia del hospital más cercano si tienen una situación de emergencia. Está bien si el hospital no pertenece a la red de Peach State Health Plan. Los afiliados de Peach State Health Plan pueden usar cualquier hospital para servicios de emergencia.

La postestabilización está cubierta como parte de servicios de emergencia y de atención urgente. Los servicios de cuidado de postestabilización son servicios cubiertos que usted recibe después de atención médica de emergencia o de urgencia. Los afiliados reciben estos servicios para ayudar a mantener su condición estable. No se requiere autorización previa para servicios de emergencia y de postestabilización necesarios. Los afiliados deben llamar a su PCP en un plazo de 24 horas después de su visita a la sala de emergencia. Si el afiliado no puede llamar, puede pedir a otra persona que llame en su nombre. Su PCP le brindará u organizará cualquier atención de seguimiento. Nosotros también ayudaremos a los afiliados a recibir atención de seguimiento. Los afiliados pueden llamar a nuestro número de emergencia de 24 horas al 1-800-704-1484 y elegir la opción 2 de Servicios para los afiliados y después la Opción 4 para hablar con un integrante de enfermería.

Peach State Health Plan no requiere autorización previa para los servicios de emergencia, postestabilización o atención urgente. El hospital debe informar al plan de salud dentro de 1 día hábil de la admisión del afiliado al hospital. Peach State Health Plan trabajará con usted, su proveedor y el hospital para poner en marcha los servicios cuando regrese a casa del hospital.

Cómo obtener atención médica fuera del área de servicio

Si está fuera del área y tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencia más cercana. Muestre su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan. Llámenos e infórmenos de su emergencia en un plazo de 48 horas. Si tiene problemas en la farmacia, llame a Servicios para los afiliados. Le podemos ayudar a surtir su receta. Puede que tenga un copago pequeño cuando reciba ciertos tipos de atención. Dependerá de si está inscrito(a) en Medicaid o PeachCare for Kids®. Excepto por el copago, no tiene que pagar por atención cuando vaya al hospital. Usted no es responsable de pagar por servicios cubiertos. Nadie puede denegarle un servicio cubierto si no lo puede pagar. Si está fuera de su área de servicio y tiene una emergencia, acuda a la sala de emergencia más cercana. Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid o PeachCare for Kids® y su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan. Benefit Information

Información sobre beneficios

Servicios cubiertos por Peach State Health Plan

Nosotros brindamos acceso a todos los servicios cubiertos. Pero estos deben ser necesarios desde el punto de vista médico. Algunos servicios podrían ser limitados. Algunos necesitan la indicación de un médico. Algunos necesitan aprobación previa. Algunos afiliados de Medicaid pueden no tener todos los beneficios que se muestran.

Servicio	Límites de la cobertura
Servicios Quirúrgicos Ambulatorios	
Servicios para la salud del comportamiento	Puede tener límites. Los servicios de rehabilitación comunitaria están cubiertos cuando existe un plan de tratamiento por escrito. Los servicios ambulatorios iniciales de evaluación para la salud del comportamiento (salud mental y abuso de sustancias), análisis de diagnóstico y evaluación se proporcionan sin autorización y los afiliados de veintidós (22) años o menores podrán someterse a tres (3) evaluaciones por año sin autorización (GA 4.6.11.6). Se cubrirán doce (12) o más servicios ambulatorios de terapia/asesoramiento sin necesidad de autorización previa. Los servicios adicionales de terapia/asesoramiento requerirán una autorización previa (GF 4.6.11.7).
Servicios de Administración de la Atención	
Educación sobre el parto	▪ Límite de 8 clases
Cuidado dental: Chequeos y exámenes periódicos, Limpieza de dientes, Radiografías con aleta mordida, Extracciones sencillas, Servicios de restauración, Ortodoncia	▪ Incluye: Limpieza de dientes para adultos ▪ Servicios EPSDT para afiliados menores de 21 años y Servicios adicionales cubiertos para embarazadas ▪ Tratamiento de ortodoncia - cuando sea médicamente necesario
Diálisis y servicios para la enfermedad renal terminal.	
Consultas con el médico y enfermeros. Las consultas deben ser para controles de salud, análisis de laboratorio, exámenes o tratamiento	
Equipo médico duradero (DME) indicado por un médico. Esto incluye: Sillas de ruedas, Muletas, Andadores, Productos enterales, Nebulizadores, Suministros médicos	No están cubiertos los dispositivos y equipos que se usan principal y habitualmente con fines no médicos. Algunos artículos que no están cubiertos son: artículos de confort o comodidad, equipos de acondicionamiento físico y alarmas de seguridad y sistemas de alerta. Productos adicionales no cubiertos por el DME: batidos, barritas de comida, barritas de aperitivos, espesantes de suplementos, cereales, budín, vitaminas/minerales, alimentos mezclados o en puré en un centro de cuidados personales o de cuidados a largo plazo (LTC). Productos nutricionales como parte de una dieta reducida en calorías para Diabetes, Derivación Gástrica, Obesidad o Cirugía Bariátrica. Para menores de 21 años, cuando sean médicamente necesarios, estos artículos estarán cubiertos por el beneficio de EPSDT.

Servicio	Límites de la cobertura
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico o EPDST/Health Check (Chequeo de Salud)	Para los niños con Medicaid menores de veintiún (21) años de edad, para corregir o mejorar trastornos físicos y de la salud del comportamiento, un defecto o una afección identificada durante una visita de detección o preventiva de EPSDT, independientemente de si esos servicios están incluidos en el Plan de Salud Estatal, pero de otro modo están permitidos de conformidad con 1905 (a) de la Ley del Seguro Social. El beneficio EPSDT también está disponible para los afiliados de PeachCare for Kids® de hasta 19 años de edad.
Ambulancia de emergencia	
Servicios de emergencia	
Exámenes y tratamiento para niños, que incluyen vacunas.	
Servicios de planificación familiar	
Centros de Salud Autorizados por el Gobierno Federal (FQHC)	▪ Puede tener límites
Servicios para la audición	Los audífonos, las pilas, las reparaciones y cualquier artículo o servicio adicional relacionado con los audífonos no están cubiertos para los afiliados de veintiún (21) años o más, esto incluye componentes externos de repuesto y reparaciones para implantes cocleares. Se ofrecen bajo EPSDT/Health Check (Chequeo de Salud).
Servicios de salud en el hogar o materiales que recibe en el hogar. Los servicios incluyen: Enfermería a medio tiempo, Fisioterapia, Asistente para servicios de salud en el hogar	Lo debe indicar un médico. Los servicios no cubiertos son: Servicios sociales, Servicios para tareas domésticas, Meals on wheels (Comidas entregadas a domicilio), Servicios auditivos a domicilio
Cuidados paliativos brindados por un proveedor de cuidado paliativos de Medicaid	▪ Cubiertos si no se espera que el afiliado viva más de seis (6) meses
IDEA (Ley de Educación para Personas con Discapacidad - Parte C)	▪ De 0 a 2 años, si es médicamente necesario
Servicios como paciente internado en el hospital. Los servicios incluyen pensión completa para la estadía. Además, incluyen medicamentos, análisis de laboratorio y otros servicios.	
Servicios de laboratorio y radiológicos	
Servicios de enfermero(a) practicante	
Visitas de enfermero en el hogar después del nacimiento de un bebé, si es necesario	
Centros de enfermería	▪ 30 días o menos cuando sea médicamente necesario. ▪ No cubierto: Centro de enfermería a largo plazo (más de 30 días consecutivos)
Servicios de partera	
Servicios obstétricos	

Servicio	Límites de la cobertura
Terapia ocupacional	Estos servicios están cubiertos para los menores de 21 años de edad si son médicamente necesarios. Los servicios de terapia están cubiertos para adultos de 21 años de edad y mayores cuando son necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento de enfermedad, lesión o trastorno agudo cuando la condición tiene menos de 90 días de duración.
Cirugía bucal	
Servicios ortésicos y protésicos	Incluye artículos como extremidades artificiales y dispositivos de sustitución, prótesis mamarias y prótesis oculares y ortopédicas, calzado para diabéticos y moldeado a medida.
Servicios hospitalarios ambulatorios	
Servicios quirúrgicos ambulatorios	
Servicios de enfermería pediátrica privada en el hogar	Cuando es necesario desde el punto de vista médico para niños aprobados para el Georgia Assistance Pediatric Program (GAPP) entre el alta del hospital y el inicio de la cobertura de GAPP.
Fisioterapia	Estos servicios están cubiertos para los menores de 21 años de edad si son médicamente necesarios. Los servicios de terapia están cubiertos para adultos de 21 años de edad y mayores cuando son necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento de enfermedad, lesión o trastorno agudo cuando la condición tiene menos de 90 días de duración.
Servicios de podiatría	No se cubren los servicios para pie plano, subluxación, cuidados rutinarios de los pies, dispositivos de apoyo e inyecciones de vitamina B-12.
Servicios durante el embarazo	
Medicamentos recetados	Consulte nuestra Lista de medicamentos preferidos (PDL) para conocer los medicamentos que cubrimos.
Servicios de clínicas de salud rurales	
Segundas opiniones médicas	Debe proporcionarlo un médico de la red, cuando esté disponible. Se brindan sin costo alguno para el afiliado.
Servicios de terapia del habla	Estos servicios están cubiertos para los menores de 21 años de edad si son médicamente necesarios. Los servicios de terapia están cubiertos para adultos de 21 años y mayores cuando son necesarios desde el punto de vista médico en el tratamiento de enfermedad, lesión o trastorno agudo cuando la condición tiene menos de 90 días de duración.
Tratamiento del abuso de sustancias	Puede tener límites. El tratamiento está cubierto como parte de un plan de tratamiento escrito. Incluye la atención médica como paciente internado y ambulatorio. P4HB limitado para desintoxicación y servicios ambulatorios intensivos.

Servicio	Límites de la cobertura
Servicios de cama provisional	▪ Los servicios que no requieran cuidados de enfermería profesionales o supervisión de enfermería directos no están cubiertos ▪ El servicio debe prestarse dentro del estado, debe tenerse un acuerdo de cama provisional.
Trasplantes – todos los trasplantes de órganos reconocidos, no experimentales están cubiertos si se consideran necesarios desde el punto de vista médico para los afiliados menores de 21 años.	Riñón, hígado, médula ósea y córnea son los únicos trasplantes cubiertos para afiliados de 21 años y mayores.
Cuidado de la vista	▪ Los servicios cubiertos incluyen exámenes y anteojos recetados y Examen de la vista GRATUITO cada año para los afiliados mayores de 21 años. Sin copago ▪ Sin copago en el consultorio para los afiliados a PeachCare for Kids de seis años y menores ▪ Un par de anteojos GRATIS. Una vez al año para los afiliados de 21 años y mayores. Sin copago. Lentes de contacto si son médicamente necesarias ▪ Subsidio de $100 para anteojos, armazones rotos o lentes de contacto fuera de lo cubierto por Medicaid ▪ 20% de descuento en un segundo par de anteojos graduados o gafas de sol ▪ Material oftalmológico gratis para adultos ▪ Mejoras para adultos (opción de recibir una de cuatro “mejoras” durante el año: recubrimiento resistente a rayaduras, tinte, lentes de policarbonato incluida protección de UV, recubrimiento anti reflejante)

Servicios no cubiertos por Peach State Health Plan

Algunos servicios no están cubiertos por Peach State Health Plan. Estos servicios incluyen:

- Abortos, excepto en el caso de violación, incesto o cuando sea necesario desde el punto de vista médico para salvar la vida de la madre.
- Acupuntura.
- Servicios de biorretroalimentación.
- Cuidado para el tratamiento de la obesidad a menos que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Cuidado o materiales que no son necesarios desde el punto de vista médico (p. ej., filtros HEPA, humidificadores, etc. Para una lista completa, llame al Departamento de Servicios para los afiliados).
- Artículos para la comodidad en el hospital (por ejemplo, televisión o teléfono).
- Cirugía cosmética.
- Cuidado experimental, como medicamentos y materiales por los que Medicaid no pagará.
- Servicios experimentales o en investigación.
- Pruebas para probar paternidad.
- Suplementos a base de hierbas.
- Asistencia en el hogar o asistencia personal.
- Cuidado para la infertilidad en hombres o mujeres.
- Tratamiento en investigación o experimental.
- Algunos trasplantes no están cubiertos para los afiliados de veintiún (21) años de edad y mayores. Llame a Servicios para los afiliados para una lista de trasplantes de órganos no cubiertos.
- Los productos que no están incluidos en la Lista del programa de farmacia y que no están en la Lista de medicamentos administrados por médicos del estado no son beneficios cubiertos en el consultorio/entorno para pacientes ambulatorios.
- Servicios de reversión de la esterilización.
- Servicios fuera del país.
- Servicios brindados por un quiropráctico.
- Servicios/procedimientos que brindan proveedores y/o centros no participantes cuando proveedores y/o centros participantes pueden dar los servicios.
- Servicios para encontrar la causa de muerte.
- Terapia sexual o matrimonial.
- Esterilización de una persona recluida en un hospital psiquiátrico, mentalmente incapacitada, menor de 21 años.
- Vacunas o inyecciones especiales para viajar fuera del país.

Podemos ayudarle a obtener los servicios que necesita. Llame a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 para conversar sobre los recursos que pueden estar a su disposición pero que no están cubiertos por Peach State Health Plan.

Servicios necesarios desde el punto de vista médico

Los servicios que son necesarios desde el punto de vista médico son aquellos que:

- Previenen o tratan enfermedad y condiciones físicas o mentales.
- Tratan el dolor y los problemas del cuerpo basándose en las referencias y el plan de su médico para mejorar su atención.
- Están de acuerdo con los estándares médicos.
- Tienen un entorno seguro basándose en su diagnóstico y plan de tratamiento.

- Tienen un entorno de bajo costo.
- Servicios cubiertos para cuidado de custodia.
- Proveen recursos para servicios o tratamiento que no están cubiertos por Peach State Health Plan.

Peach State Health Plan quiere que nuestros afiliados estén sanos. Se pueden otorgar autorizaciones fuera del plan de beneficios cuando son necesarias desde el punto de vista médico.

Autorreferencias

Estos servicios no requieren aprobación previa y no requieren una referencia del PCP del afiliado:

- Servicios de emergencia y servicios de postestabilización.
- Servicios de ambulancia.
- Servicios de gineco-obstetricia.
- Servicios provistos por un Centro de salud autorizado por el gobierno federal (Federally Qualified Health Center) (FQHC).
- Servicios provistos por una partera titulada o un(a) enfermero(a) practicante.
- Servicios provistos por un Centro Comunitario de salud Mental.
- Servicios de dependencia de sustancias químicas y abuso de sustancias ilegales.
- Servicios de planificación familiar.
- Materiales de un proveedor de planificación familiar calificado.
- Servicios dentales de rutina.
- Cuidados rutinarios de la vista que no requieren cirugía.
- Servicios de traducción.
- PCP - Incluye visitas al consultorio y visitas de EPSDT (Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico).
- Radiografías de rutina y ciertas pruebas y procedimientos de diagnóstico.
- Atención urgente.
- Ecografías obstétricas de rutina.
- Oftalmología.
- Dermatología.
- Evaluaciones de la audición
- Análisis para detección del VIH
- Servicios para enfermedades transmitidas por el sexo

Asegúrese de obtener los servicios anteriores de un proveedor de Peach State Health Plan. Los servicios de un proveedor que no pertenece a la red de Peach State Health Plan se deben aprobar por anticipado. Esto no se aplica a servicios de emergencia y de planificación familiar.

Referencias

Si un afiliado necesita atención que su PCP no puede proveer, el PCP puede referir al afiliado a un especialista de Peach State Health Plan. No se requieren referencias en papel.

Los siguientes son servicios que pueden requerir una referencia:

- Servicios de especialistas
- Pruebas diagnósticas
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios
- Servicios en clínicas
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)
- Diálisis renal (enfermedad renal)

Segunda opinión médica

Los afiliados pueden obtener una segunda opinión sobre su atención de la salud. Los afiliados pueden elegir a un proveedor participante o al proveedor que prefieran. Se trata de un servicio gratuito cubierto por el plan de salud. El PCP del afiliado o afiliada revisará la segunda opinión.

Administración de la utilización

La Administración de la Utilización (UM) es el proceso que usa Peach State Health Plan para asegurarse de que los servicios o la atención solicitados estén cubiertos, sean médicamente necesarios y se le proporcionen en el lugar correcto. El equipo de UM trabaja con su proveedor de atención médica para aprobar los servicios antes de que usted reciba la atención, completa las revisiones hospitalarias mientras usted recibe la atención y ayuda a planificar la atención cuando sale del hospital.

Peach State Health Plan usa las pautas de Optum InterQual y las Políticas Clínicas de Centene para revisar la atención médica. Estas pautas se usan para revisar la atención hospitalaria, los servicios ambulatorios y las referencias a especialistas. Para solicitar una copia de nuestras pautas, llame a un representante de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 o TDD/TTY 1-800-255-0056 o 711.

Las decisiones médicas sobre la atención médica las toma el médico del afiliado. El afiliado o el proveedor pueden solicitar una extensión de la autorización. El equipo de UM puede conceder una extensión para una solicitud de autorización si la extensión es en el mejor interés del afiliado.

Autorización previa

Algunos tratamientos y servicios requieren aprobación del plan de salud antes de que se provea el servicio. El proveedor que brinda el tratamiento o servicio presentará una solicitud para autorización al plan de salud junto con información médica que apoya el tratamiento. Todas las autorizaciones previas y precertificaciones las revisarán un afiliado del personal autorizado para ejercer y capacitado de Peach State Health Plan.

Períodos de tiempo para solicitudes de autorizació

Autorizaciones de servicio estándar: Peach State Health Plan decidirá sobre servicios de atención médica que no son de urgencia dentro de un plazo de 3 días hábiles después de recibir la solicitud. El afiliado o el proveedor pueden solicitar la extensión del plazo no urgente hasta 14 días de calendario. Todas las decisiones y notificaciones se realizarán dentro del plazo extendido de 14 días de calendario si se extiende el plazo.

Autorizaciones de servicio acelerado: El médico del afiliado o afiliada puede solicitar una revisión acelerada si se cree que una demora causaría daño a la salud del afiliado o afiliada. En Peach State Health Plan notificaremos al médico del afiliado o afiliada la decisión dentro de las siguientes 24 horas de cuando recibamos la solicitud, pero no después de 72 horas después de cuando recibamos su solicitud de servicio. El afiliado o afiliada o su médico pueden solicitar que se amplíe el periodo de tiempo acelerado hasta un máximo de 5 días hábiles. Todas las decisiones y notificaciones se realizarán a más tardar al final de los 5 días hábiles si se extiende el periodo de tiempo.

Comunicación con el personal de Administración de la utilización

Su médico debe presentar las solicitudes de autorización mediante el Portal centralizado para autorización previa: www.mmis.georgia.gov .

Los afiliados pueden comunicarse con el personal de Administración de la utilización para verificar la cobertura de los servicios médicamente necesarios mediante las líneas telefónicas gratuitas 1-800-704-1483 o TDD/TYY 1-800-255-0056. Las líneas telefónicas están abiertas para recibir solicitudes de autorización y preguntas relacionadas con la

Administración de la utilización y/o problemas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas se dirigen al departamento de Administración de la utilización de las 8:00 a.m. a las 5:30 p.m., de lunes a viernes (excluyendo los días feriados estatales). Fuera del horario normal de oficina y en los días feriados estatales, las llamadas realizadas al departamento de Administración de la utilización se envían automáticamente a la Línea de consejo de enfermería (1-800-704-1483). El personal de nuestra Línea de consejo de enfermería no toma decisiones en cuanto a las autorizaciones. El personal de la Línea de consejo de enfermería tomará la información sobre la autorización para que el Plan de salud responda el día hábil siguiente o, cuando se requiera respuesta inmediata, notificará al personal de enfermería de guardia de Peach State Health Plan.

Farmacia

Peach State Health Plan cubre los medicamentos necesarios para los afiliados de Medicaid y PeachCare For Kids. Peach State Health Plan debe aprobar algunos medicamentos antes de que el afiliado los reciba. El afiliado debe preguntar a su médico si la receta requiere esta aprobación. De ser así, el afiliado debe preguntar si hay otro medicamento que se pueda usar que no requiera una autorización previa.

El médico del afiliado puede decidir si es necesario tener un medicamento no preferido. De ser así, ellos le deben dar a Peach State Health Plan una solicitud de autorización previa. Si Peach State Health Plan no aprueba la solicitud, le informaremos al afiliado. Le daremos al afiliado información sobre la apelación y los procesos de Audiencia imparcial estatal.

Peach State Health Plan requiere que los afiliados prueben al menos 2 medicamentos preferidos antes de que pueda recibir un medicamento no preferido. Los afiliados necesitan pedir a su médico que le dé primero una receta para un medicamento preferido.

A los médicos de Peach State Health Plan se les ha informado por escrito sobre:

- Los medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List) (PDL).
- Cómo solicitar una autorización previa.
- Procedimientos especiales para solicitudes urgentes.

El Formulario de Peach State Health Plan, o Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List; PDL), es una guía de los medicamentos de marca y genéricos disponibles que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration; FDA) y cubiertos mediante su beneficio de medicamentos de venta con receta. La Lista de Medicamentos Preferidos está disponible en el sitio de Internet de Peach State Health Plan en https://www.pshpgeorgia.com/providers/pharmacy.html.

Usted puede llamar a un Representante de Servicios para los Afiliados para obtener la lista de los medicamentos que cubrimos en Peach State Health Plan. Nosotros actualizamos con frecuencia la lista de medicamentos que cubrimos. También puede usar la herramienta “drug Lookup” (búsqueda de medicamentos) en el Portal Seguro para Afiliados para comprobar si su medicamento está cubierto.

La Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List; PDL) enumera los medicamentos que cubrimos en Peach State Health Plan. Incluye medicamentos que no necesitan Autorización Previa (Prior Authorization; PA) y los que tienen límites de Autorizaciones Previas, Límites de Cantidad (Quantity Limits; QL) o Terapia Escalonada (Step Therapy; ST). Los afiliados pueden obtener los medicamentos que figuran en la Lista de Medicamentos Preferidos en farmacias minoristas locales. El Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics; P&T) elabora la Lista de Medicamentos Preferidos para asegurar que estén cubiertos medicamentos para gran cantidad de enfermedades. El Comité está formado por el Director Médico, el Director Médico de Servicios Farmacéuticos y varios médicos de atención primaria, farmacéuticos y especialistas de Peach State Health Plan. La Lista de Medicamentos Preferidos no pretende ser una lista completa de los medicamentos cubiertos por sus beneficios. Es posible que no todas las presentaciones o potencias de un medicamento estén cubiertas. Esta lista se revisa cada tres meses. Los cambios importantes se envían a los proveedores y afiliados según sea necesario.

La Lista de Medicamentos Preferidos no pretende ser una lista completa de los medicamentos cubiertos por su beneficio de medicamentos de venta con receta. Es posible que no todas las dosis o potencias de un medicamento estén cubiertas. Esta lista se revisa y actualiza periódicamente.

Las actualizaciones anuales y los cambios importantes en la cobertura de los medicamentos y las modificaciones de administración farmacéutica se comunican a los proveedores y afiliados por correo directo (por ejemplo, fax, correo electrónico, correo postal), según sea necesario

¿Cómo obtiene un afiliado sus recetas?

- Vaya donde un médico de Peach State Health Plan para una receta.
- Vaya a una farmacia que esté registrada con Peach State Health Plan.
- Muéstreles la tarjeta de identificación de afiliación de Peach State Health Plan.
- Deles la receta.

Consulte el Directorio de Proveedores para conocer los nombres de las farmacias locales. Servicios para los afiliados también le puede ayudar a encontrar una farmacia. Además, puede encontrar una farmacia usando la función 'encontrar una farmacia' en el portal seguro para afiliados.

Programa de bloqueo de farmacia

El Departamento de Salud Comunitaria (Department of Community Health) (DCH) de Georgia requiere que Peach State Health Plan tenga un programa de bloqueo. El programa de bloqueo es para la protección de nuestros afiliados. Peach State Health Plan revisa a los afiliados que reciben servicios médicos. Esta revisión garantiza que los beneficios se usen apropiadamente. En nuestra revisión, queremos ver si los afiliados tienen alguno de los siguientes:

- Prescripciones escritas en una receta robada, falsa o cambiada.
- Medicamentos recetados que no se deben usar para la condición médica del afiliado.
- Recetas surtidas en más de dos farmacias al mes o más de cinco farmacias al año.
- Recepción de más de cinco medicamentos diferentes por mes.
- Recepción de más de tres medicamentos controlados (ejemplos: analgésicos, medicamentos para ayudar a dormir y medicamentos para controlar el trastorno por déficit de atención) por mes.
- Recepción de dos o más medicamentos que actúan de la misma manera procedentes de distintos proveedores.
- Recepción de recetas de más de dos médicos por mes.
- Haber acudido a la sala de emergencia de un hospital más de dos veces al año.
- Recibió un diagnóstico de intoxicación o abuso de drogas.
- El número de prescripciones para medicamentos controlados excede el 10% del número total de prescripciones.
- Surte tres o más analgésicos opiáceos al mismo tiempo que algunos depresores del sistema nervioso central (ejemplos: ansiolíticos, analgésicos para los nervios y anticonvulsivos).
- Recibió al mismo tiempo recetas de opiáceos que hacen que su dosis diaria sea superior a 90 mg equivalentes de morfina..

Recibimos información de proveedores y DCH. Las farmacias también nos pueden informar acerca de los afiliados que pueden necesitar que se revise su uso de medicamentos. Si el afiliado tiene uno o más de los artículos de arriba, el afiliado será asignado a una farmacia para surtir todos los medicamentos. Además, se puede restringir al afiliado a un médico que escriba las recetas para medicamentos controlados.

Los afiliados colocados en el programa de bloqueo de farmacia recibirán una carta detallando la farmacia y/o quien receta la sustancia controlada que se selecciona para ellos. También se enviará una copia de este aviso a la farmacia de bloqueo y a la persona que receta la sustancia controlada o al médico de atención primaria que aparece en el expediente.

Este programa dura al menos un año. Hacer que una farmacia surta todas las prescripciones puede impedir que un afiliado sufra daño debido a medicamentos que no funcionan juntos.

Esperamos que todas las farmacias que manejan pacientes bloqueados respeten lo siguiente:

- Verificar por teléfono las prescripciones para sustancias controladas cuando hay varios médicos involucrados en el cuidado del paciente.
- No permitir surtidos antes de tiempo para sustancias controladas.
- Asegurar que todos los médicos que escriban recetas para sustancias controladas sepan que otros médicos también estén escribiendo recetas para sustancias controladas para el mismo paciente. Esto puede no corresponder si el afiliado está restringido a un proveedor.

Si un afiliado se ha mudado y su farmacia o proveedor médico ya no está dentro de una distancia de manejo de la nueva casa, debe asegurarse de que DCH haya actualizado sus registros con la nueva dirección. Lo afiliados pueden llamar a servicios para los afiliados de Peach State Health Plan al 1-800-704-1484 y solicitar un cambio de proveedor basándose en la nueva localidad.

El afiliado o el proveedor que actúa con el consentimiento por escrito del afiliado puede obtener una apelación de esta decisión o presentar una queja concerniente específicamente a la farmacia o médico.

Seguridad con los medicamentos

Recordatorios importantes para el uso seguro de medicamentos

- Los medicamentos pueden ser seguros si los toma correctamente.
- Los medicamentos le pueden ayudar a mejorar cuando está enfermo(a).
- Los medicamentos también pueden mantener un problema de salud bajo control.

Recordatorios de medicamentos

- Lea y siga las instrucciones de la etiqueta.
- Tome la cantidad exacta que aparece en la etiqueta.
- Tome cada dosis aproximadamente a la misma hora cada día.
- Use la cuchara, taza o gotero que está incluido con el medicamento líquido.
- Use la misma farmacia para todos sus medicamentos recetados.
- No comparta sus medicamentos ni tome el medicamento de otra persona.
- Verifique la fecha de vencimiento de la etiqueta y no lo tome después de esa fecha.
- Si tiene medicamentos caducados, añada agua o algo que huela o sepa mal (como sal o tierra). Luego póngalos en la basura. También puede hablar con su farmacia local sobre cómo deshacerse de manera segura de los mismos.
- Mantenga todos los medicamentos fuera del alcance de los niños.
- No mantenga el medicamento en la luz solar o en un área húmeda.
- Mantenga los medicamentos en un lugar fresco y seco.
- Informe a su médico y farmacéutico sobre todos los medicamentos que toma.
- Infórmeles sobre los medicamentos recetados y medicamentos de venta sin receta que toma.

Los medicamentos de venta sin receta incluyen:

- Medicamentos para el dolor
- Medicamento para el resfrío
- Medicamentos para el estómago
- Vitaminas
- Medicamentos a base de hierbas
- Suplementos dietéticos
- Otros medicamentos que compra en la tienda

Informe a su médico y farmacéutico sobre las alergias a medicamentos y alimentos y sobre problemas que ha tenido en

el pasado con medicamentos. Si tiene preguntas, llame a su médico o farmacéutico.

Preguntas que debe hacer:

- ¿Cuál es el nombre del medicamento?
- ¿Cómo lo tengo que tomar?
- ¿Cuánto tomo?
- ¿Con qué frecuencia lo debo tomar?
- ¿Por cuánto tiempo lo sigo tomando?
- ¿Me dará sueño o me hará sentir mal?
- ¿Lo puedo tomar con mis otros medicamentos?
- ¿Hay alimentos o bebidas que debo evitar?
- ¿Debo dejar de tomarlos cuando me sienta mejor?
- ¿Qué debo hacer si me olvido de tomarlo?
- ¿Qué debo hacer si tomo demasiado?
- ¿Puedo triturar, masticar o romper la tableta?

Pago por servicios

Peach State Health Plan pagará solo por los servicios que aprueba.

Copagos – Afiliados de Medicaid Georgia Families

Un afiliado de Medicaid puede tener que hacer un pequeño copago cuando reciba atención médica. Peach State Health Plan pagará por la mayor parte de la cuenta, sino paga toda. Los médicos, hospitales u otros proveedores que son parte del programa Medicaid deben aceptar Medicaid como pago. Pero le pueden cobrar al afiliado por su copago.

Those who do not have co-payments are:

- Afiliados de Medicaid menores de 21 años
- Mujeres embarazadas
- Las afiliadas que tienen cáncer de seno y/o cervical
- Los afiliados de instituciones geriátricas o de convalecencia
- Los afiliados que reciben cuidados paliativos.
- Indígenas americanos
- Nativos de Alaska

Los proveedores de Peach State Health Plan no pueden denegar a los afiliados un servicio cubierto si no pueden pagar su copago. Usted no es responsable de pagar por los servicios cubiertos.

Prescripción	Copago del afiliado
Medicamentos de la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)	$0.50
Medicamentos que no son de la PDL	
Menos de $ 10.00	$ 0.50
Entre $ 10.01 - $ 25.00	$ 1.00
Entre $ 25.01 - $ 50.00	$ 2.00
Más de $ 50.01	$ 3.00

Se requiere copagos por lo servicios siguientes	
Centros quirúrgicos ambulatorios	$ 3.00
Centros de salud autorizados por el gobierno federal/ Clínicas rurales de salud	$ 2.00
Visitas ambulatorias al hospital en situaciones que no son de emergencia	$ 3.00
Servicios como paciente internado en el hospital	$ 12.50

Se requiere copagos por lo servicios siguientes	
Visitas al departamento de emergencia para condiciones que no son de emergencia	$ 3.00
Cirugía maxilofacial oral	$10.00 o menos: $0.50 $10.01 a $25.00: $1.00 $25.01 a $50.00: $2.00 $50.01 o more: $3.00

No se requiere copagos por lo servicios siguientes:

- Servicios de planificación familiar
- Servicios de detección, diagnóstico, y tratamiento temprano y periódico (EPDST, en inglés)
- Servicios de emergencia que se consideran como una emergencia médica
- Recetas para servicios de planificación familiar
- Recetas generadas de una visita a la sala de emergencia

Copagos de PeachCare for Kids®

as tablas siguientes muestran cantidades de copago listadas por servicios. No hay copagos para niños menores de 6 años.

Tipo de Servicio	Cantidad del pago
Centros quirúrgicos / de parto ambulatorios	$3.00
Equipo médico duradero	$1.00 o $3.00 (basado en servicio)
Centros de salud autorizados por el gobierno federal	$2.00
Clínica rural de salud independiente	$2.00
Servicios de salud en el hogar	$3.00
Centro rural de salud basado en un hospital	$2.00
Servicios como paciente internado en el hospital	$12.50
Cirugía maxilofacial oral	Copago basado en el costo del servicio* Vea la tabla en la página siguiente.
Ortótica y protética	$3.00
Servicios hospitalarios ambulatorios	$3.00
Farmacia - Medicamentos preferidos	$0.50
Farmacia - Medicamentos no preferidos	Copago basado en el costo del servicio* Consulte la tabla de abajo.
Servicios de médicos	Copago basado en el costo del servicio* Consulte la tabla de abajo.
Podiatría	Copago basado en el costo del servicio* Consulte la tabla de abajo.
Cuidado de la vista	Copago basado en el costo del servicio* Consulte la tabla de abajo.

Copagos en base a Costo del servicio *

**Los copagos de abajo son para los servicios siguientes:*

Cirugía maxilofacial oral, farmacia – medicamentos no preferidos, servicios de asistente médico, servicios de un médico (visitas al consultorio del médico), podiatría y cuidado de la vista.

Prescripción	Copago del afiliado
Medicamentos de la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)	$0.50
Medicamentos que no son de la PDL	
Menos de $ 10.00	$ 0.50
Entre $ 10.01 - $ 25.00	$ 1.00
Entre $ 25.01 - $ 50.00	$ 2.00
Más de $ 50.01	$ 3.00

Si tiene preguntas sobre los copagos, comuníquese con el Departamento de servicios para los afiliados de Peach State Health Plan sin cargo al 1-800-704-1484. Puede llamar de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Hora del Este. Si tiene problemas de la audición, llame al número TTY 1-800-255-0056.

Copago de Georgia Pathways

Como afiliado o afiliada de Pathways, se le pedirá que pague un pequeño copago cuando reciba atención de la salud. Los médicos, hospitales y otros proveedores de Medicaid deben aceptar Medicaid como forma de pago. Si no puede pagar su copago, no se le puede negar la atención de la salud para un servicio cubierto. A los proveedores de Peach State Health Plan no se les permite negarse a brindar atención de la salud para un servicio cubierto si usted no puede pagar su copago. A los afiliados de Pathways menores de 21 años no se les requiere pagar copagos.

Las tablas siguientes muestran los montos de los copagos por tipo de servicio.

Servicio	Monto
Hospitalización	$12.50 por toda la estancia
Visita al hospital como paciente en consulta externa	$3.00 por visita
Uso de la sala de emergencias para no emergencia	$3.00
Atención primaria	$0.00
Especialista	$2.00
Equipo médico duradero	$3.00; $1.00 por artículos rentados y suministros
Farmacia	$10.00 o menos: $0.50 De $10.01 a $25.00: $1.00 De $25.01 a $50.00: $2.00 $50.01 o más: $3.00

Montos de copagos de Pathways según se detalla en el Plan Estatal de Medicaid de Georgia, Anexo 4, Enmienda 4.18-A.

Si tiene alguna pregunta sobre los copagos, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios para los afiliados de Peach State Health Plan llamando sin costo al 1-800-704-1484. Puede llamar de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del Este. Si tiene discapacidad auditiva, por favor llame al TTY 1-800-255-0056.

Beneficios con valor agregado

Cuide de su familia con el acceso completo a programas y servicios gratuitos que ofrece Peach State Health Plan. Los beneficios con valor agregado proporcionan beneficios adicionales a los que ofrece el plan básico de Medicaid. Visite pickpeachstate.com para obtener más información sobre los beneficios con valor agregado adicionales que usted y su familia tienen a su disposición. Los Beneficios con valor agregado empiezan el 1 de julio de 2025.

De la vista

Los afiliados de 21 años de edad y mayores también pueden hacerse un examen de los ojos gratuito al año sin copago y recibir $100 anuales para anteojos, lentes de contacto, monturas dañadas y más. (La opción de recibir una de las cuatro "mejoras" durante el año: recubrimiento resistente a rayaduras, tinte, lentes de policarbonato incluida la protección de UV y recubrimiento anti reflejante.)

Recompensas de my health pays®

Los afiliados pueden ganar Recompensas de Peach State Health Plan cuando completan actividades saludables. Una vez que los afiliados realicen una actividad saludable, les añadiremos la recompensa que se hayan ganado directamente en su tarjeta pre-pagada Visa® de my health pays®.

En Peach State Health Plan no podemos procesar Recompensas My Health pays (MHP) sin tener a nuestra disposición una reclamación.

Todos los afiliados activos son elegibles para participar en este programa. Para recibir una recompensa, los afiliados deben completar primero una actividad saludable. Una vez completada, la reclamación correspondiente se presentará, tramitará y pagará.

Una vez pagada la reclamación, los afiliados recibirán por correo postal una tarjeta de débito pre-pagada. Por favor, espere de 6 a 8 semanas a que su proveedor tramite las reclamaciones.

Se hace notar: Los proveedores tienen hasta 6 meses para presentar una reclamación.

Enviaremos por correo la tarjeta prepagada Visa® My Health Pays® después de que los afiliados completen su primera actividad saludable. Los afiliados pueden seguir obteniendo recompensas My Health Pays® realizando más actividades saludables. Las recompensas se añadirán a la tarjeta una vez que se nos notifique de la actividad.

Para obtener más información sobre el programa my health pays®, llame a un representante de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484.

Esta tarjeta la emite The Bancorp Bank, N.A. en virtud de una licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta no puede usarse en todos los establecimientos que aceptan las tarjetas de débito Visa. Consulte el acuerdo del titular de la tarjeta para ver las restricciones completas de uso.

Programas

Servicios para la salud del comportamiento

Hay ocasiones en las que puede necesitar hablar con un terapeuta, consejero o médico si tiene alguno de los siguientes sentimientos o problemas:

- Sentirse siempre triste
- No querer hacer las cosas que antes disfrutaba
- Sentirse inútil
- Tener problemas para dormir
- Falta de ganas de comer
- Abuso de alcohol o de drogas
- Preocupación por la crianza de los hijos

Cubrimos muchos tipos diferentes de servicios para la salud del comportamiento que pueden ayudarle con los problemas que pueda estar afrontando. Puede llamar a un proveedor para la salud del comportamiento para solicitar una cita. Puede

obtener ayuda para encontrar un proveedor de servicios para la salud del comportamiento de la siguiente manera:

- Llamando al Servicio para los afiliados al 1-800-704-1484.
- Visitando nuestro sitio web en pshp.com

YNo necesita una referencia de su PCP para problemas de salud mental y abuso de sustancias. Fuera del horario de atención, también puede llamar a nuestra línea de consejo de enfermería al 1-800-704-1484 o a nuestra línea de crisis de salud mental al 1-877-655-3318. Están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana, son GRATUITAS y ofrecen ayuda bilingüe.

Los afiliados también pueden inscribirse en la Administración de la Atención para obtener ayuda con la atención y los grupos de apoyo comunitarios, como los grupos especiales para embarazadas y padres. Si está pensando en hacerse daño a sí mismo o a otra persona, llame al 911. También puede acudir a la sala de emergencias más cercana, aunque esté fuera de nuestra área de servicio. Una vez que se encuentre en un lugar seguro, llame a su PCP si puede. Haga un seguimiento con su proveedor de salud mental o abuso de sustancias en un plazo de 24-48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, haremos planes para trasladarle a un hospital o proveedor que pertenezca a la red de nuestro plan una vez que esté estable.

Servicios de salud mental y de abuso de sustancias (drogas y alcohol)

Peach State Health Plan puede ayudar a los afiliados con su tratamiento de salud mental. Además, ayudamos con el abuso de drogas y alcohol.

Peach State Health Plan puede ayudar a los afiliados a obtener tratamiento de muchas maneras. Así es como podemos ayudar:

- Referiremos al afiliado a un médico. Los afiliados también pueden asistir a un grupo comunitario de apoyo. Hay grupos especiales para mujeres embarazadas y padres.
- Los afiliados tendrán un administrador de casos para ayudar con la atención médica.
- Después de horario normal de atención, también puede llamar a la Línea de consejo de enfermería al 1-800-704-1484. La línea de consejo de enfermería es una línea de ayuda bilingüe GRATUITA que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Start Smart for Your Baby™

Start Smart for Your Baby™ es nuestro programa especial para mujeres embarazadas. Este programa ayuda a las afiliadas a cuidar de sí mismas y de su bebé. Start Smart for Your Baby™ proporciona a las afiliadas información sobre su bebé. También ayuda con los problemas que surgen durante el embarazo. Sabemos que tener un bebé puede ser difícil para las afiliadas y sus familias. Queremos ayudar.

Nos importa la salud de nuestras afiliadas y sus bebés. Las afiliadas deberían ir a su médico tan pronto como sepan que están embarazadas. Es importante llevar a los bebés al médico después del nacimiento. Necesitarán vacunas y revisiones médicas. Las afiliadas que se acaben de embarazar que realicen la visita prenatal en el primer trimestre o antes de 42 días de haberse afiliado a Peach State Health Plan, recibirán un REGALO ESPECIAL. Puede reclamar su regalo en el sitio de Internet de Peach State en: www.pshpgeorgia.com/value-added-services/healthy-moms-and-babies.html.

¡Esta es nuestra forma de agradecer a nuestras afiliadas que se cuiden bien a sí mismas y a sus bebés!

Tenemos muchas maneras de ayudarla a tener un embarazo saludable. Necesitamos saber cuándo quedan embarazadas las afiliadas de Peach State Health Plan. Las afiliadas deben llamarnos al 1-800-504-8573 en cuanto sepan que están embarazadas. Estableceremos la atención especial que necesitan nuestras afiliadas y sus bebés.

Departamento de Coordinación de los Recursos Comunitarios

El Departamento de Coordinación de los Recursos Comunitarios promueve la salud preventiva y conecta a los afiliados con servicios de atención médica de calidad y servicios sociales comunitarios, además de abordar las necesidades sociales en materia de salud. Los Representantes del Departamento de Coordinación de los Recursos Comunitarios son Trabajadores de Salud Comunitarios certificados que brindan apoyo a los afiliados de Peach State Health Plan inscritos en los Servicios de Administración de la Atención y Enfermedades. Pueden ayudar a los afiliados a determinar qué médicos están disponibles en su área, a encontrar servicios de apoyo y a organizar los servicios necesarios.

Los Representantes del Departamento de Coordinación de los Recursos Comunitarios trabajan con los Administradores de la Atención de Peach State Health Plan para garantizar que se atiendan las necesidades de atención médica de los afiliados. El Departamento de Coordinación de los Recursos Comunitarios organiza fiestas para recibir al bebé (baby showers), clases para padres y eventos sobre estilos de vida saludables en todo el estado de Georgia. Los Representantes de Servicios de Salud Comunitarios también pueden visitar a los afiliados en sus domicilios para ayudar con necesidades de atención de la salud, información general sobre los beneficios y necesidades de servicio social. Llame a Administración de la Atención al 1-800-504-8573.

Departamento de Impulsores de la Salud

¿Necesita recursos comunitarios?

Peach State Health Plan cuenta con un Departamento de Impulsores de la Salud. Animamos a nuestros afiliados a mantenerse sanos con chequeos regulares y visitas de bienestar. También podemos ayudarle a ponerse en contacto con recursos de atención médica y comunitarios. Nuestros programas incluyen:

Línea de Ayuda de Conexiones con la Comunidad (CCHL):

Nuestro número de teléfono de la Línea de ayuda de Conexiones con la Comunidad es 1-866-775-2192..

- Esta es una línea de ayuda nacional gratuita para afiliados, no afiliados y médicos.
- Los usuarios que llaman se ponen en contacto con asesores que realizan una evaluación de sus necesidades sociales.
- Una vez completada, los usuarios reciben referencias de recursos comunitarios.
- Nuestros asesores también realizan un seguimiento para asegurarse de que se satisfacen todas las necesidades.

Administración de la Atención de Trabajo Social:

El equipo de Administración de la Atención de trabajo social de Peach State Health Plan está aquí para ayudarle con las necesidades de atención después de una hospitalización. Esto incluye:

- Planificación del alta hospitalaria para afiliados con necesidades sociales
- Servicios de seguimiento después del alta hospitalaria
- Apoyo del trabajador social a los afiliados con necesidades sociales complejas

Coordinación de Recursos Comunitarios:

El equipo de Coordinación de Recursos Comunitarios de Peach State Health Plan puede ayudarle a encontrar médicos y a programar citas. Otras ayudas y beneficios incluyen:

- Asesoramiento sobre salud
- Educación sobre la salud
- Ayuda para encontrar recursos en la comunidad
- Eventos comunitarios gratuitos, como baby showers y eventos de vida saludable

Defensores de la Comunidad:

Los defensores de la comunidad de Peach State Health Plan le ayudan a comunicarse con las organizaciones comunitarias de las siguientes maneras:

- Celebran reuniones mensuales con agencias comunitarias
- Abordan los problemas sociales relacionados con la salud a través de organizaciones sin fines de lucro.

Para obtener más información, llame a nuestro Departamento de Administración de la Atención al 1-800-504-8573.

CONNECTIONS Plus

ConnectionsPlus es parte del programa del Departamento de Servicios de Salud Comunitarios que da teléfonos celulares gratuitos a ciertos afiliados con alto riesgo que están activamente involucrados en Servicios de Administración de la Atención y no tienen acceso seguro y confiable a un teléfono. Los administradores de casos evaluarán si los afiliados califican para este programa. Este programa permite que nuestros afiliados tengan acceso instantáneo las 24 horas a médicos, administradores de casos, personal de atención coordinada, servicios de transporte y el 911.

Programa de detección, diagnóstico, y tratamiento temprano y periódico (EPDST)

Peach State Health Plan quiere que los padres/tutores programen una visita de bienestar para sus hijos. EPSDT es un programa de salud preventiva para los afiliados menores de 21 años de edad. El programa EPSDT cubre controles de salud completos sin costo. También cubre el costo de corregir los problemas encontrados durante un control de salud.

Para padres/tutores: Por qué son importantes los controles de salud

Los chequeos son importantes para la salud de los niños. Los chequeos médicos infantiles son visitas de control del niño sano. Los niños pueden tener buen aspecto y sentirse bien, pero tener algún problema de salud. Los niños deben ir al médico para sus controles regulares, no solo cuando estén enfermos.

Los niños necesitan más controles de salud que los adultos. Los niños que son nuevos afiliados de Peach State Health Plan deben tener un control de salud dentro de los 90 días después de hacerse afiliados. Si el niño es menor de 9 meses puede que necesite visitar antes al médico. Llame al médico del niño para ver si necesita una visita de control.

Los bebés necesitan ver a su proveedor de atención primaria al menos 8 veces para cuando cumplen treinta (30) meses y más veces si se enferman.

El programa EPSDT ayuda a:

- Identificar y tratar temprano los problemas de salud de los niños.
- Informar a los afiliados sobre los servicios especiales para sus hijos.
- Proporcionar a los niños asistencia médica no cubierta de otro modo.

En las visitas del niño sano, el médico del niño realizará servicios tales como:

- Historia de salud y desarrollo
- Examen físico
- Evaluaciones de salud del comportamiento y mental
- Inmunizaciones
- Pruebas de laboratorio y de detección de plomo
- Educación de salud
- Pruebas de detección de la vista y de la audición

En ciertas visitas, el médico también puede realizar:

- Revisión del riesgo de tuberculosis y prueba de la piel
- Evaluación de riesgo para el plomo
- Detección de la displasia cervical según lo recomiende el Bright Futures Schedule.
- Análisis de sangre

El médico también proveerá educación y asesoría de salud. Informarán a los padres de lo que pueden esperar a medida que su hijo crece. Los niños deben tener un hogar dental. Ellos deben tener su primer examen dental a más tardar a los 12 meses de edad. Podemos ayudar a encontrar un dentista y programar una visita para su hijo(a). Llámenos al 1-800-704-1484 para más información.

Cuándo hacer una visita del niño sano

La primera visita del niño sano ocurrirá en el hospital inmediatamente después del nacimiento del bebé. Peach State Health Plan ayudará a programar las visitas de seguimiento que los bebés necesitan después de salir del hospital. Llámenos al 1-800-704-1484 para obtener ayuda para programar una cita.

Exámenes de salud

Los exámenes de salud pueden ayudar a determinar si un niño tiene una enfermedad física o mental. Las visitas del niño sano se recomiendan para las siguientes edades:

- Recién nacido antes de irse a casa del hospital
- 3-5 días
- Para cuando tienen 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- 3 años
- 4 años
- Visitas anuales desde los 5 hasta los 20 años

Cuando a un niño se le pasa un control de salud

Es importante asegurarse de que los niños acuden al médico con regularidad. Si un niño no se somete a un chequeo médico a tiempo, solicite una cita con el PCP del niño lo antes posible. Llame al Servicio para los afiliados al 1-800-704-1484 (TTY/TDD al 1-800-255- 0056) para que le ayuden a programar una cita.

Salud oral

Los controles dentales son importantes para la salud de los niños. Estos ayudan a detener las caries y la enfermedad de las encías. Tome estas medidas para ayudar a los niños a tener una sonrisa sana:

- Limite las meriendas.
- No ponga a los niños pequeños en la cama con un biberón con leche o jugo.
- Asegúrese de que los niños se cepillan los dientes dos veces al día y usan hilo dental una vez al día.
- Asegúrese de que los niños se someten a chequeos dentales cada seis meses.
- Las visitas al dentista deben comenzar tan pronto como le salga el primer diente y a más tardar a los doce (12) meses de edad.
- Hable con el dentista del niño sobre los sellos que protegen los dientes.
- Llame al dentista de su hijo(a) para hacer una cita. Si tiene preguntas sobre los chequeos, llame al Servicio para los afiliados. Puede llamarnos al 1-800-704-1484 (TTY/TDD al 1-800-255-0056).

Controles de salud para adultos

Los controles de salud no son solo para niños. Los adultos tienen que ver a su PCP para un control de salud anual e inmunizaciones. Los controles pueden ayudar a los médicos a detectar problemas de salud temprano. Si los afiliados necesitan ayuda para programar una cita, llamen al Servicio para los afiliados. Si tiene problemas de la audición llame al 1-800-255-0056.

Administración de la Atención (CM)

Peach State Health Plan se complace en informarle que tenemos un programa de Administración de la Atención. El programa de Administración de la Atención ayuda a los afiliados a informarse más sobre su condición médica.

¿Quién es elegible?

Todos los afiliados cubiertos son elegibles para servicios de Administración de la Atención. Cualquier afiliado puede referirse o ser referido a los servicios de Administración de la Atención. Llame al Departamento de Administración de la Atención al 1-800-504-8573 para obtener información sobre los servicios ofrecidos. El personal de Administración de la Atención puede ayudar a los afiliados a obtener más información sobre los servicios de Administración de la Atención y/o a inscribirse.

¿Cómo pueden los afiliados usar la Administración de la Atención?

Los afiliados pueden usar la Administración de la Atención para:

- Encontrar médicos y otros proveedores, como proveedores de salud mental, que usted pudiera necesitar.
- Obtener servicios, como equipo médico o salud en el hogar.
- Trabajar con los médicos para ayudarle a permanecer sano(a).
- Recibir recursos comunitarios.
  - Nuestro equipo de Administración de la Atención está conformado por enfermeros, trabajadores sociales, farmacéuticos y trabajadores de alcance. Ellos trabajan con afiliados para ayudarles a mantener buena salud. También ayudan a los afiliados a organizar los servicios que puedan necesitar para controlar su salud. El objetivo de nuestro programa es enterarnos de qué información o servicios necesitan los afiliados con el fin de ser más independientes al satisfacer sus necesidades de atención médica.

Programas de Administración de la Atención y manejo de enfermedades (DM)

Administración de la Atención (Care Management) (CM)

- Atención compleja y catastrófica pediátrica y para adultos
- Embarazos de alto riesgo
- Coordinación de atención de corto plazo
- Desviación a la sala de emergencia
- Plomo
- Anemia drepanocítica
- Administración de la atención integrada - Salud médica y del comportamiento

Manejo de enfermedades (Disease Management) (DM)

- Asma
- Diabetes
- Hipertensión
- Depresión / Ansiedad
- Abuso de sustancias
- Insuficiencia cardiaca
- EPOC
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Hiperlipidemia
- Abandono del consumo de tabaco
- Obesidad pediátrica
- Control de peso
- Embarazo sin tabaco “Puff Free Pregnancy”
- Nutrición
- Estrés

Programas de Administración de Enfermedades (DM, por sus siglas en inglés) / Entrenamiento sobre la Salud

Los programas de Administración de Enfermedades están dirigidos a los afiliados a quienes se les ha diagnosticado diabetes mellitus, asma, hipertensión, depresión y abuso de sustancias y brindado tratamiento. Se realiza una categorización de los afiliados según la gravedad de su enfermedad para poder dirigir las intervenciones a la población apropiada. Los afiliados reciben educación, servicios de administración de enfermedades y entrenamiento sobre la salud para mejorar los resultados clínicos positivos.

Programa de Administración de la Atención para Atención compleja y catastrófica pediátrica y para adultos

El programa de Administración de la Atención para atención pediátrica y para adultos da servicios individuales de Administración de la Atención para los afiliados que tienen condiciones crónicas, complejas, de alto riesgo, con alto costo u otras catastróficas. El programa está diseñado para mejorar la calidad de vida del afiliado.

Programa de Administración de la Atención para embarazos de alto riesgo (HROB CM)

El programa HROB CM está diseñado para educar a las afiliadas embarazadas en cuanto a su condición. Además, ayuda a las afiliadas a crear planes de atención con sus médicos, especialistas y familia. El programa HROB CM también provee recursos comunitarios y da representación en nombre de la afiliada. El programa ayuda a la afiliada a recibir servicios oportunos y rentables. La meta es promover resultados saludables para la madre y el bebé.

Coordinación de atención de corto plazo

La unidad de Coordinación de atención brinda servicios individuales de manejo de casos para los afiliados que tienen necesidades de coordinación de atención de corto plazo. La unidad coordina la atención, incluso necesidades de salud del comportamiento. Además, asiste al afiliado para encontrar y obtener recursos comunitarios. La unidad coordina servicios de corto plazo según sea necesario.

Programa de Administración de la Atención relacionados con la sala de emergencia (ER CM)

El programa de ER CM (Emergency Room Case Management) está diseñado para apoyar a los afiliados con patrones de uso frecuentes o inapropiados de la sala de emergencia y conectarlos con un administrador de casos que pueda ayudarlos a descubrir soluciones más apropiadas a sus necesidades médicas. La meta del programa es conectar a los afiliados con su PCP para promover un hogar médico centrado en el paciente. El programa también ayuda a disminuir las visitas evitables a la sala de emergencia y a mejorar el cumplimiento de nuestro afiliado con sus medicamentos.

Programa de Administración de la Atención de plomo (LCMP)

El Programa de Administración de la Atención de Plomo (Lead Case Management Program) (LCMP) de Peach State Health Plan es para niños que tienen concentraciones altas de plomo. Las familias de niños con altas concentraciones de plomo recibirán:

- Pruebas de detección.
- Ayuda para encontrar la causa de las concentraciones altas de plomo.
- Recomendaciones para tratamiento.

Los Administradores de la atención de Peach State Health Plan trabajan con el afiliado y su PCP para proveer apoyo y recursos para el manejo del plomo. Además, ayudan a monitorear las concentraciones de plomo en la sangre del afiliado.

El objetivo del LCMP es asegurarse de que los niños que tienen intoxicación por plomo en sangre reciban tratamiento. Además, tratamos de encontrar la fuente de la intoxicación por plomo.

Administración de la atención integrada - Salud médica y del comportamiento

Peach State ofrece un programa integrado de salud física y del comportamiento mediante la integración de personal de enfermería médica y administradores de casos clínicos de salud del comportamiento para aportar un enfoque integral a la atención y los servicios de cada afiliado. Si un afiliado tiene necesidades médicas y de comportamiento, el personal de enfermería y el administrador de casos de salud del comportamiento trabajan juntos para ofrecer un enfoque integral que aborde todas las necesidades del afiliado.

Administración de la Atención complejos

Cuando un afiliado está en el hospital y lo suficientemente bien como para recibir visitas, un enfermero o trabajador social de Peach State Health Plan podría ir a la habitación del hospital. Ellos conversarán sobre

- Atención después del alta
- El programa de Administración de la Atención

Nuestro personal siempre verificará primero con el personal del hospital antes de entrar a la habitación de un afiliado. Queremos asegurarnos de que sea el momento correcto para que visitemos al afiliado. Además: El afiliado puede recibir una llamada de uno de nuestros afiliados del personal de Administración de la Atención. Ellos pueden pedir al afiliado que participe en nuestro Programa de Administración de la Atención complejos.

La Administración de la Atención complejos es un nivel alto de servicios de Administración de la Atención. Esto es para los afiliados que están gravemente enfermos y necesitan ayuda para lidiar con el sistema de atención médica. Sabemos que puede que no todos deseen participar en este programa. Usted tiene derecho a participar o negarse a participar en cualquier momento.

- El personal de Peach State Health Plan hablará con su PCP y otros proveedores de servicios para coordinar atención.
- El personal de Peach State Health Plan proveerá información para ayudarle a entender cómo cuidarse y cómo obtener servicios.

Tecnología nueva

Peach State Health Plan tiene un comité llamado Centene Clinical Technology and Assessment Committee (Comité de Tecnología y Evaluación Clínica de Centene). Este grupo consiste de médicos. Ellos revisan nuevos tratamientos para personas con ciertas enfermedades para determinar cómo se pueden incluir los nuevos avances en los beneficios que los afiliados de Peach State Health Plan reciben. Además, revisan tecnologías existentes y nuevas de cambios en la industria para asegurar que los afiliados reciban atención segura y eficaz. Este grupo de médicos revisa la nueva tecnología en procedimientos médicos, procedimientos de salud del comportamiento, fármacos y dispositivos médicos.

Los nuevos tratamientos se divulgan a proveedores de Peach State Health Plan. Los médicos decidirán si el tratamiento nuevo es el mejor tratamiento para nuestros afiliados. Un ejemplo de nueva tecnología es el implante coclear. Ésta es una herramienta especial para la audición, para personas con mucha pérdida de la audición.

Peach State Health Plan ofrece ahora servicios de telemedicina

Peach State Health Plan se complace en informarle sobre un servicio para afiliados. Se llama telemedicina. El servicio da a los afiliados acceso a más médicos y especialistas.

Telemedicina ayuda a los pacientes a obtener atención médica de manera que no necesiten viajar largas distancias. El paciente se conecta con el médico usando tecnología de vídeo en un lugar cercano a su hogar. El médico ve y trata al paciente a distancia usando cámaras médicas especiales. Para obtener más información acerca de este servicio llame al: 1-800-704-1484. Además, puede visitar: www.pshp.com.

Servicios de planificación familiar

Ofrecemos planificación familiar privada a todos los afiliados. Esto incluye a afiliados menores de dieciocho años de edad. Usted puede ir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte su tarjeta de Georgia Medicaid o PeachCare for Kids®. Le alentamos a que use un médico de Peach State Health Plan. Esto nos ayuda a manejar toda su atención médica.

Hay varios tipos de métodos de planificación familiar de entre los que puede elegir. Podemos asistir con la planificación del número de embarazos, cómo espaciar los embarazos, y cómo obtener confirmación del embarazo. Los servicios y materiales de planificación familiar incluyen como mínimo:

- Educación y asesoría necesarias para tomar decisiones informadas y entender los métodos anticonceptivos.
- Exámenes físicos completos iniciales y anuales.
- Visitas de seguimiento, breves y completas.
- Pruebas para la detección del embarazo.
- Materiales anticonceptivos y atención de seguimiento.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Los afiliados pueden conversar con su PCP sobre la planificación familiar. Además, pueden llamar a nuestro Departamento de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 (TTY 1-800-255-0056) para obtener ayuda.

Planning for Healthy Babies

Planning for Healthy Babies (P4HB) es un programa del Georgia Department of Community Health. P4HB ofrece servicios de planificación familiar sin costo. Este programa incluye:

- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de Inter-pregnancy care (Cuidado inter-embarazo) (IPC). Estos están limitados a madres que tienen un bebé que pesa menos de 3 libras 5 onzas.
- Resource Mother (Administradora de casos)
  - Éste es un servicio de Administración de la Atención. La administradora de casos ayudará a madres que tuvieron un bebé que pesa menos de 3 libras 5 onzas a aprender a cuidar de sus bebés.

Este programa es una opción para las afiliadas que hayan completado 12 meses en Medicaid de Posparto. También puede ser una opción para nuestras afiliadas que dan a luz un bebé que pesa menos de 3 libras y 5 onzas. Si las afiliadas tienen preguntas o necesitan ayuda para entender el programa Planning for Healthy Babies, llame a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 (TTY 1-800-255-0056).

Programa Georgia Pathways to Coverage

El programa Georgia Pathways to Coverage (Pathways) brinda a las personas en Georgia que actualmente no califican para recibir Medicaid la oportunidad de obtener cobertura de atención de la salud de calidad mediante el programa Medicaid de Georgia. A excepción del transporte médico cuando no hay una emergencia (Non-Emergency Medical Transportation; NEMT), los afiliados de Pathways son elegibles para obtener la mayoría de los beneficios que se proporcionan a otros grupos de Medicaid. Los afiliados de Georgia Pathways to Coverage de 19 a 20 años de edad pueden acceder al servicio de transporte médico cuando no hay una emergencia como parte de sus beneficios. Los afiliados de Pathways necesitarán pagar un pequeño copago cuando reciban atención de la salud, justo como otros afiliados de Medicaid.

Requisitos de elegibilidad

Los requisitos para afiliarse al programa Georgia Pathways to Coverage difieren de los de otros programas de Medicaid de Georgia.

Para ser elegible, usted tiene que:

- Ser residente de Georgia.
- Ser ciudadano o ciudadana o residente legal de Estados Unidos.
- No ser elegible para ninguna otra categoría de Medicaid.
- Tener por lo menos 19 y entre 19 y 64 años de edad.
- Tener un hogar con ingresos por debajo del nivel de pobreza. Para obtener información sobre el Nivel de Pobreza Federal, por favor visite https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.
- No estar recluido o recluida en una institución pública.
- Demostrar que está realizando una o más actividades que califican durante al menos 80 horas al mes.

Los afiliados de Georgia Pathways son elegibles para recibir los mismos beneficios del Plan Estatal que otros grupos de Medicaid. La fecha de entrada en vigor de la cobertura es el primer día del mes en el que el afiliado o afiliada presenta su solicitud.

Cómo mantener la elegibilidad de Georgia Pathways to Coverage

Para seguir siendo elegible para recibir la cobertura de Medicaid mediante Georgia Pathways, se espera que complete al menos 80 horas de actividades que califican por mes, a pesar de que no se requiere que informe y envíe pruebas de que ha completado las actividades que califican mensualmente. Las actividades que califican sólo se verificarán en la solicitud inicial, en la renovación anual y cuando la persona informe de un cambio.

Se requiere que los afiliados informen al Estado de cualquier cambio en sus circunstancias, incluso si dicho cambio puede afectar su elegibilidad. A todos los afiliados de Pathways se les requiere que informen de cambios en un plazo de diez (10) días siguientes a dicho cambio.

Para cada cambio que los afiliados de Pathways informen, se les revisará para determinar su elegibilidad para todas las categorías de asistencia de Medicaid, incluido Pathways.

Puede presentar una solicitud de cambio mediante una de las opciones siguientes:

- Papel/Correo postal: Envíe su Solicitud de cambio por correo postal a la oficina local del Departamento de Servicios para Familias y Niños (Department of Family & Children's Services; DFCS).
- En persona: Visite su oficina local del DFCS.
- Por teléfono: Puede llamar por teléfono al 1-877-423-4746 o al 711 si tiene sordera, dificultad auditiva, sordoceguera o dificultad para hablar, para dar fe de sus horas y actividades.

Actividades que califican

Las actividades que califican le ayudan a conservar su cobertura de Georgia Pathways to Coverage. Cada actividad incluye la descripción y cómo se puede verificar. Usted debe demostrar que está realizando una o más actividades que califican durante por lo menos 80 horas cada mes.

Actividad que califica	Descripción	Verificación
Empleo	· Incluye trabajo a tiempo completo y a tiempo parcial	· Fuentes de verificación electrónica mediante los datos del Sistema de Verificación de Ingresos de Empleo (Employment Income Verification System; EIVS) · Talones de pago de sueldo. · Declaración escrita de la fuente/el empleador · Ingresos brutos (si se conoce el salario por hora). · Planilla de sus horarios

Actividad que califica	Descripción	Verificación
Trabajo por cuenta propia	• Algunos ejemplos incluyen, entre otros, tener un negocio propio, cortar el pasto, recolectar latas para reciclar, cuidar niños, vender productos alimenticios, prestar servicios de taxi o entregar comida a domicilio, etc.	• Fuentes de verificación electrónica. • Calendario de trabajo/participación estandarizado y firmado del afiliado o afiliada, en el que se muestren las horas que participó [el afiliado o afiliada puede llenar una plantilla de hoja de trabajo estandarizada para indicar el total de horas semanales trabajadas por cliente/actividad; O, presentar una fotografía de su calendario real de trabajo del mes para el que reporta (por ejemplo, una fotografía del registro de citas o una captura de pantalla del calendario con las actividades laborales)]
Capacitación en el trabajo	• Capacitación impartida a un empleado o empleada remunerada mientras él o ella desempeña su trabajo.	• Una declaración del supervisor que patrocina la capacitación en el trabajo
Preparación para el trabajo	• Actividades directamente relacionadas con la preparación para el empleo. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, capacitación en habilidades para la vida, inscripción en cursos de GED, elaboración de currículums y actividades de habilitación o rehabilitación, incluido el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. Se debe determinar que las actividades de rehabilitación son necesarias y un profesional médico calificado debe documentarlas.	• Una declaración firmada de una agencia reconocida o recurso de la comunidad en que se indiquen las horas de su participación. [Las agencias reconocidas incluyen: Centro de Carreras del Departamento del Trabajo de Georgia (Georgia Department of Labor Career Center), Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral (Workforce Development Board), Agencia de Rehabilitación Vocacional de Georgia (Georgia Vocational Rehabilitation Agency), Goodwill, así como otras agencias según el estado las autorice.]
Preparación para el empleo: centro de enfermería especializada y preparación para el empleo: estancia hospitalaria	• La hospitalización o la estancia en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility; SNF) a corto plazo se considera una actividad de habilitación o rehabilitación en virtud de la preparación para el empleo sólo en la solicitud inicial. Por cada día de hospitalización o estancia en un SNF, el o la solicitante puede reclamar 4 horas para cumplir con el requisito mensual de actividades que califican.	• Declaración firmada por la institución de habilitación/rehabilitación que verifique las horas en las últimas cuatro semanas
Servicio en la comunidad	• Los programas de servicio comunitario aprobados se limitan a proyectos que sirven un propósito comunitario útil en campos tales como salud, servicios sociales, protección medioambiental, educación, reurbanización urbana y rural, bienestar social, recreación, instalaciones públicas, seguridad pública y cuidado infantil.	• Un calendario de trabajo/participación estandarizado firmado • Una declaración en papel membretado de la organización firmada por el supervisor verificando las horas

Actividad que califica	Descripción	Verificación
Servicio comunitario: cuidado de familiares	• Esto es cuando una persona está prestando servicios de cuidados a familiares, también conocidos como Cuidados Familiares Estructurados, en virtud del Programa de Exención para Personas Mayores con Discapacidad (Elderly Disabled Waiver Program; EDWP), el Programa de Servicios de Atención Comunitaria (Community Care Service Program; CCSP) o las Opciones de Servicios que Usan Recursos en un Entorno Comunitario (Service Options Using Resources in a Community Environment; SOURCE). Si está brindando cuidados con dos o más proveedores, por favor introduzca un registro de las actividades que califican para cada proveedor.	• Talones de pago • Carta de declaración del proveedor
Capacitación educativa vocacional	• Programas educativos organizados que preparan a las personas para el empleo en ocupaciones actuales o que se presenten. El Departamento de Salud Comunitaria (Department of Community Health; DCH) determinará los requisitos de horas de los cursos para la capacitación educativa vocacional.	• Verificación electrónica mediante los datos del Sistema de Institutos Técnicos de Georgia (Technical College System of Georgia; TCSG) • La inscripción oficial en cursos del semestre vigente de la Oficina del Registro (Office of the Registrar) • Una copia del horario de clases del semestre en curso
Inscripción en una institución de educación superior	• La carga de trabajo del estudiante puede incluir cualquier combinación de cursos, trabajo, investigación o estudios especiales que la institución considere que contribuyen a la condición de estudiante a tiempo completo.	• Verificación electrónica mediante los datos del Consejo de Regentes (Board of Regents; BOR) • La inscripción oficial en cursos del semestre vigente de la Oficina del Registro (Office of the Registrar) • Una copia del horario de clases del semestre en curso
Inscripción y participación activa en el Programa de Rehabilitación Vocacional de la Agencia de Rehabilitación Vocacional de Georgia (Georgia Vocational Rehabilitation Agency; GVRA)	• Inscripción y participación activa en el Programa de Rehabilitación Vocacional de la Agencia de Rehabilitación Vocacional de Georgia (Georgia Vocational Rehabilitation Agency; GVRA).	• Declaración firmada por la GVRA, fechada en las cuatro semanas anteriores a cuando el o la solicitante presentó la solicitud • Carta de inscripción fechada en las cuatro semanas anteriores a cuando el o la solicitante presentó la solicitud.

Actividad que califica	Descripción	Verificación
Programa SNAP Works	• Cumplimiento de los requisitos de elegibilidad para recibir los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program; SNAP) en virtud del Programa de Trabajo/Adultos sin Dependientes y en Plena Capacidad Física (Able-Bodied Adults Without Dependents; ABAWD). Las personas inscritas en este programa sólo pueden cumplir el requisito de actividades que califican de Pathways si están completando una actividad laboral.	• Verificación del sistema
Padre, madre o tutor legal de un niño o niña menor de seis años de edad	• Padres y tutores legales que sean los principales responsables del cuidado diario y el bienestar de un niño o niña menor de seis años de edad. • El niño o niña menor de seis años de edad debe estar inscrito o inscrita actualmente en el programa Medicaid o debe estar en la solicitud de Medicaid solicitando también la cobertura junto con el adulto que solicita la cobertura de Pathways.	• Verificación del sistema • Prueba de tutela legal

Se verificará su ingreso antes de que se le inscriba en el programa Georgia Pathways to Coverage.

Para obtener más información sobre el programa Georgia Pathways to Coverage, llame al departamento de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 o visite www.pshpgeorgia.com/members/georgia-pathways-program.html.

Embarazo

Si una afiliada está pensando en tener un bebé, debe acudir al médico de inmediato. Puede que necesiten preparar su cuerpo para el embarazo. El médico le recomendará vitaminas especiales.

Hay medidas que las mujeres pueden tomar para tener un embarazo seguro. Las afiliadas deben consultar con su médico acerca de cualquier problema médico que padezcan, como diabetes o hipertensión. No consuma tabaco, alcohol ni drogas ni ahora ni durante el embarazo. Limite el consumo de cafeína procedente del café, el té y los refrescos.

Tome ácido fólico todos los días. Las mujeres deben tener abundante ácido fólico en su cuerpo antes del embarazo. También deben tener mucho ácido fólico en su cuerpo durante los primeros meses del embarazo.

Los alimentos que contienen ácido fólico incluyen el jugo de naranja y las verduras verdes. Los frijoles y las arvejas también son buenas fuentes de ácido fólico, también lo son los cereales fortificados para el desayuno, el arroz enriquecido y el pan integral. Es muy difícil obtener suficiente ácido fólico sólo de los alimentos. Las mujeres deben consultar con su médico sobre el consumo de vitaminas.

¡Consulte con su médico tan pronto como crea que está embarazada!

Algunas mujeres han tenido problemas con embarazos pasados. Algunos problemas incluyen

- Tres (3) o más abortos espontáneos.
- Nacimiento prematuro. Esto significa que el bebé nació antes de las 37 semanas de embarazo.
- Bebé que nace muerto.
- Presión arterial alta.
- Diabetes gestacional.

Si las afiliadas han experimentado alguna de estas cosas, deben consultar con su médico antes de quedar embarazadas.

Salud dental para las afiliadas embarazadas

Las mujeres embarazadas deben ver a un dentista al menos una vez durante el embarazo. Deben informar a su dentista que están embarazadas. El dentista necesita saber qué medicamentos está tomando. Puede que el dentista quiera esperar para dar algunos tratamientos.

Fumar y el embarazo

Fumar es malo para usted ya sea que esté embarazada o no. Si las afiliadas están embarazadas, fumar añade más riesgos para el bebé. Las mujeres que fuman tienen más probabilidades de sufrir un aborto espontáneo, tener un bebé antes de tiempo o que nazca muerto. Fumar también pone a los bebés en riesgo de sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS).

Peach State Health Plan cubre algunos medicamentos para las afiliadas que están embarazadas que las ayudarán a dejar de fumar. Los medicamentos que Peach State Health Plan cubre incluyen el parche de nicotina, la goma de mascar de nicotina, pastilla de nicotina y el bupropión. Las afiliadas necesitan una receta de su médico para surtir estos medicamentos.

Para hablar con alguien sobre cómo dejar de fumar, llame a la Línea de consejo de enfermería. Se puede comunicar con la Línea de consejo de enfermería llamando al 1-800-704-1484 (TTY/TDD 1-800-255-0056). Además, los afiliados pueden llamar a la Línea para dejar de fumar de Georgia (Georgia Tobacco Quit Line) al: 1-877-270-STOP (877-270-7867).

Programa de evaluación de la calidad y mejora del rendimiento (QAPI)

Programa de evaluación de la calidad y mejora del rendimiento (QAPI) de Peach State Health

Peach State tiene un Programa de evaluación de la calidad y mejora del rendimiento (Quality Assessment and Performance Improvement) (QAPI). El programa QAPI es completo. Revisa la calidad y seguridad de la atención y los servicios que se proveen a los afiliados de Peach State Health Plan. El Programa QAPI incluye y revisa a todos los afiliados, servicios y entornos de atención tales como atención primaria (preventiva), atención de enfermos (especialidad) y atención de emergencia. Realizamos proyectos para mejorar la salud y usamos medidas para ver cómo nos desempeñamos.

Nuestra meta principal de QAPI es mejorar la salud del afiliado. Además, queremos asegurar que nuestros afiliados estén contentos con su médico y Peach State. Involucramos a nuestros afiliados en nuestro programa QAPI. También involucramos a los médicos. Queremos que nuestros médicos y afiliados asistan con la creación y seguimiento de nuestro programa QAPI. Para preguntas sobre el programa QAPI y si estamos cumpliendo nuestras metas, o para darnos su opinión o aporte sobre nuestro programa QAPI, llame al departamento de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 o visite www.pshp.com.

En Peach State Health Plan tenemos directrices para ayudar a los afiliados a saber cuándo y qué tipo de atención deben recibir. Tenemos directrices para la prevención y para los afiliados con ciertos problemas médicos. Algunas de las directrices que tenemos se indican a continuación y tenemos disponible una copia impresa de todas las directrices previa solicitud:

- Atención prenatal y postparto (antes y después de tener un bebé)
- Asma
- Diabetes
- Cuidado para niños que reciben medicamentos para ADHD
- Presión arterial alta

Como parte de nuestro Programa QAPI, en Peach State Health Plan tenemos programas de incentivos para los proveedores que animan a nuestros afiliados a que reciban la atención necesaria. Incentivamos a los afiliados y a los proveedores por los afiliados que completan determinadas visitas anuales y se someten a las pruebas de detección necesarias. Además, pagamos a nuestros proveedores dinero adicional para que lo vean y se aseguren de que usted se haga los análisis de detección. Si desea obtener más información sobre el Programa QAPI, las pautas o los incentivos para proveedores, llame al Departamento de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 (TTY 1-800-255-0056).

Junta Asesora de la Comunidad de Afiliados

En Peach State Health Plan contamos con un grupo de afiliados y socios comunitarios que se reúnen para proporcionar información sobre el plan de salud. Este grupo se conoce como Junta Asesora de la Comunidad de Afiliados. La Junta Asesora de la Comunidad de Afiliados ofrece a los afiliados de Peach State y a los socios comunitarios la oportunidad de dar su opinión sobre los programas existentes y hacer sugerencias para futuros programas que sean adecuados y apropiados para las poblaciones u otras personas a las que representan. Estas reuniones se celebran virtualmente cuatro veces al año con afiliados de todo el estado. En Peach State Health Plan nos comprometemos a mejorar la salud y el bienestar de nuestras comunidades. Valoramos su opinión. Si desea asistir a una reunión, por favor comuníquese con Servicios para los afiliados llamando al 1-800-704-1484 (TTY 1-800-255-0056).

Procedimientos de queja

Esperamos que nuestros afiliados siempre estén contentos con nosotros y nuestros proveedores. Si no está contento, por favor infórmenoslo. Esto incluye si usted no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre su atención. Puede presentar una queja en cualquier momento. En Peach State Health Plan trataremos de resolver su queja por teléfono. Si no lo podemos hacer, usted, su tutor legal o su representante autorizado puede presentar una queja. Una queja es una expresión de insatisfacción con cualquier asunto que no sea una Determinación adversa de beneficios – vea a continuación.

La queja se puede presentar si o cuando:

- Usted no está satisfecho con los servicios o la atención de su proveedor
- Su proveedor y/o el personal tienen comportamientos que no son apropiados o corteses
- Su proveedor no está disponible para usted como a usted le gustaría
- Su proveedor no respeta sus derechos, a pesar de que usted le pide que lo haga
- No quiere darnos tiempo adicional para responder a una autorización de servicio
- Quiere desafiliarse de Peach State Health Plan

Un proveedor no puede presentar una queja por usted.

Puede presentar su queja por escrito o puede llamarnos para presentar su queja. Para presentar una queja, puede llamar a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484, TTY 1-800-255-0056. Ellos pueden dar ayuda para escribir y presentar

una queja. Esto incluye ayuda para completar cualquier formulario o trámite relacionado con una queja. Además, pueden ayudarle si necesita esta información traducida o ayudar a los que son ciegos o tienen poca visión.

O escríbanos una carta para informarnos por qué no está contento. Asegúrese de incluir:

1. Su primer nombre y apellido.
2. Su tarjeta de identificación de afiliado de Peach State Health Plan.
3. Su dirección y número telefónico.

Envíe la carta a:	**Peach State Health Plan** **Attn: Grievance & Appeals Coordinator** **1100 Circle 75 Parkway** **Suite 1100** **Atlanta, GA 30339** **Fax: 1-866-532-8855**

Un proveedor no puede presentar una queja en su nombre a menos que usted lo nombre su representante autorizado.

Le enviaremos una carta en diez (10) días del calendario para informarle que recibimos su queja. Revisaremos su queja y trataremos de tomar una decisión en seguida. Si no, le daremos una decisión por escrito dentro de un plazo de noventa (90) días del calendario después de la fecha de su solicitud de queja o antes si su condición de salud lo requiere. Un médico revisará su queja si tiene problemas médicos. Si necesita ayuda para entender la carta llame a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484.

Si tiene problemas de la audición llame al 1-800-255-0056. Para recibir la carta en letras grandes, traducida o en cinta de audio, llame a Servicios para los afiliados.

No podemos tratarlo de manera distinta porque haya presentado una queja. Sus beneficios no se verán afectados.

Proceso de apelaciones

Puede haber ocasiones en que Peach State Health Plan no pagará por servicios que su médico ha recomendado. Si lo hacemos, se enviará una carta a usted y su proveedor por servicios que no están aprobados. Esta carta se llama Carta de determinación adversa de beneficios. La determinación adversa de beneficios explicará cómo usted o su médico (con su consentimiento) o un representante legal del patrimonio de un afiliado difunto puede pedir una apelación de la decisión.

Una determinación adversa de beneficios es cuando Peach State Health Plan:

- Deniega la atención médica que usted desea;
- Disminuye la cantidad de atención médica;
- Termina atención médica que ya se había aprobado;
- No permite que usted use un proveedor distinto para obtener servicios fuera de la red si usted vive en un área rural y solo tiene cobertura de Peach State Health Plan;
- No brinda servicios de manera oportuna;
- Toma demasiado tiempo en enviarle una decisión sobre una apelación o queja; o
- Deniega pago por la atención médica. Puede que usted tenga que pagar por la misma.
- Deniega su solicitud de disputa de una responsabilidad financiera.

Una apelación es una revisión de una determinación adversa de beneficios. Peach State Health Plan se asegurará de que las personas que tomen las decisiones sobre su apelación sean personas que no hayan participado en ningún nivel anterior de revisión o toma de decisiones. Estas personas son profesionales de atención médica que tienen la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su afección o enfermedad. Tiene sesenta (60) días del calendario desde la fecha de la carta de determinación adversa de beneficios para pedir una apelación. Acusaremos recibo de su

apelación por escrito dentro de un plazo de diez (10) días del calendario desde el recibo de su solicitud de una apelación.

Le daremos una decisión por escrito dentro de un plazo de (30) días del calendario desde la solicitud de apelación. Usted puede solicitar una apelación por escrito o verbalmente llamando al Servicio para los afiliados al número gratuito 1-800-704-1484. Le ayudaremos a completar cualquier formulario o trámite relacionado con una apelación. Si tiene problemas de audición, puede llamar al 1-800-659-7487. Si solicita una apelación oral, no es necesario presentar una apelación escrita y firmada.

La solicitud de apelación por escrito debe enviarse a la siguiente dirección:	**Peach State Health Plan** **Attn: Grievance & Appeals Coordinator** **1100 Circle 75 Parkway** **Suite 1100** **Atlanta, GA 30339** **Fax: 866-532-8855**

Apelación acelerada

Puede ser que usted, su médico con su consentimiento, su representante legal con su consentimiento, o el representante legal de un afiliado difunto quiera que tomemos una decisión rápida. Puede pedir una revisión administrativa acelerada si cree que su salud física o mental está en riesgo. Si cree que esto es necesario, llame a nuestro Departamento de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 (TTY 1-800-255-0056).

Peach State Health Plan revisará su solicitud y juzgará si su solicitud merece una decisión rápida. Si decidimos que su caso requiere una decisión rápida, daremos una decisión dentro de un plazo de 72 horas. Le enviaremos una carta con la decisión dentro de un plazo de 72 horas o antes si su condición de salud lo requiere.

Si no estamos de acuerdo con que la solicitud de una apelación acelerada es necesaria, llamaremos a usted o a su médico en seguida. Le enviaremos una carta dentro de un plazo de dos (2) días del calendario informándole que la apelación se revisará mediante el proceso de revisión regular. Puede presentar una queja si no está de acuerdo con esta decisión llamando a nuestro departamento de Servicios para los afiliados.

Peach State Health Plan puede solicitar más tiempo si es necesario. Si esto ocurre, se le informará por escrito. Puede presentar una queja si no está de acuerdo con esta decisión llamando a nuestro departamento de Servicios para los afiliados. Si cree que necesita más tiempo antes de que se complete su apelación acelerada, llame al 1-800-704-1484 y pregunte por el departamento de apelaciones para solicitar una extensión de hasta por 14 días del calendario.

Peach State Health Plan no le guardará rencor si usted, o un representante autorizado, su médico (con su consentimiento), o un representante legal del patrimonio de un afiliado difunto presenta una apelación.

Solicitud de una audiencia con el Estado

Peach State Health Plan le enviará un Aviso de resolución que le informa qué ocurrió con su apelación dentro de (30) días del calendario después de que recibamos su apelación. Si todavía está insatisfecho con nuestra respuesta, puede solicitar una Audiencia imparcial estatal dentro de un plazo de 120 días desde la fecha del Aviso de resolución. Una Audiencia imparcial estatal es una solicitud que permite que el Estado revise la respuesta de Peach State Health Plan a su apelación de la determinación adversa de beneficios.

¿Quién puede presentar una Apelación para audiencia estatal?

- Afiliado de Peach State Health Plan.
- Una persona nombrada por el afiliado de Peach State Health Plan.
- Un representante legal del patrimonio de un afiliado difunto.

La solicitud para audiencia imparcial estatal se debe enviar a la dirección siguiente:	**Peach State Health Plan** **State Fair Hearing Coordinator** **1100 Circle 75 Parkway** **Suite 1100** **Atlanta, GA 30339** **Fax 1-866-224-9327**

Puede solicitar seguir recibiendo atención médica que recibe actualmente hasta que se complete la Audiencia imparcial estatal. Esto no corresponde a los afiliados de PeachCare for Kids®. Esto puede ser de hasta (30) días del calendario. La solicitud de que continúen sus beneficios se debe hacer dentro de un plazo de diez (10) días del calendario desde la fecha en que enviamos el aviso de determinación adversa de beneficios.

Además, puede pedir servicios de mediación gratuitos después de haber presentado una solicitud para una audiencia llamando al 404-657-2800.

La decisión a la que llegue la Audiencia imparcial estatal es final. Peach State Health Plan cumplirá con la decisión de la Audiencia imparcial estatal.

Si necesita ayuda para solicitar una Audiencia imparcial estatal, o necesita un intérprete, llame a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484. Si tiene problemas de la audición, llame a nuestra línea TTY al 1-800-255-0056.

Continuación de beneficios

Si quiere que sus beneficios continúen mientras está esperando la revisión de su Apelación o Audiencia imparcial estatal debe solicitar una continuación de beneficios en o antes de, lo que ocurra después de entre los siguientes::

- Dentro de diez (10) días del calendario desde la fecha en que le enviamos el aviso de determinación adversa de beneficios de que no cubriríamos o pagaríamos por un servicio que ya está recibiendo.
- La fecha esperada de entrada en vigencia de la determinación adversa de beneficios propuesta.
- Antes de la fecha en la que tenemos la intención de parar o reducir el servicio, Peach State Health Plan continuará el beneficio si:
- Usted solicita una apelación o audiencia sobre la terminación, suspensión o reducción de un servicio que ya está recibiendo
- Su apelación o solicitud para audiencia se presentó a tiempo
- Usted ha solicitado la continuación de beneficios
- Los servicios los indicó uno de los proveedores de Peach State Health Plan
- El periodo cubierto en que se brinda el servicio no ha terminado.

Peach State Health Plan continuará sus beneficios hasta que:

- Usted retire la apelación o la solicitud de Audiencia imparcial estatal.
- Diez (10) días del calendario después de que Peach State Health Plan envía el Aviso de resolución, a menos que usted, dentro de un plazo de 10 días del calendario solicite una Audiencia imparcial estatal, usted recibirá continuación de beneficios hasta que se tome una decisión.
- Una decisión se toma durante la Apelación o Audiencia imparcial estatal y no es en su favor.
- Se ha cumplido el período de tiempo o los límites de servicio de un servicio que usted ya está recibiendo.

Puede ser necesario que pague por el costo de la continuación de sus beneficios si la decisión final no es a su favor. Si la decisión se toma a su favor, Peach State Health Plan aprobará y pagará por los servicios solicitados que son necesarios pero que no se recibieron durante la revisión de su caso tan rápidamente como sea posible. Si se toma la decisión a su favor y usted recibió continuación de beneficios durante la revisión de su caso, Peach State Health Plan pagará por esos servicios.

Derechos de los afiliados

Se pueden obtener todos los servicios que están cubiertos y son necesarios desde el punto de vista médico. Todos los servicios se brindan de la misma manera a todos los afiliados. Se encuentran disponibles servicios de traducción si los necesita. Esto incluye lenguaje de señas. Este servicio es gratuito.

Peach State Health Plan brinda servicios cubiertos a todos los afiliados sin tener en cuenta su:

- Edad
- Discapacidad
- Estado civil
- Raza
- Sexo
- Ingresos
- Condición de salud
- Antecedentes de arrestos o condenas
- Religión
- Preferencia sexual
- Color
- País de nacimiento
- Participación militar
- Idioma

Usted tiene derecho a:

- Apelar cualquier servicio denegado de acuerdo con directrices estatales.
- Que se mantenga privada toda su información personal, incluso su expediente médico.
- Que se le den opciones en cuanto a su atención médica. Conocer todas sus opciones.
- No tener que preocuparse nunca de que alguien lo fuerce a hacer algo porque facilita su trabajo.
- Hablar con su médico sobre sus expedientes médicos; pedir y recibir una copia de sus expedientes médicos sin costo; pedir un resumen de su expediente; solicitar que se corrijan o cambien sus expedientes médicos; y hacer que sus expedientes se mantengan privados.
- Poder solicitar información sobre el Programa de evaluación de la calidad y mejora del rendimiento (QAPI). El programa QAPI asegura que todos los afiliados reciban atención de calidad y atención apropiada. El programa QAPI se enfoca en mejorar la atención clínica y la atención no clínica lo que resultará en resultados de salud positivos.
- Presentar un reclamo contra un médico, hospital, el servicio/cuidado que recibió o Peach State Health Plan. Si presenta un reclamo, nadie puede impedir que siga recibiendo servicios.
- Saber cómo presentar una apelación para revisión de una decisión de no pagar por un servicio o limitar cobertura.
- Saber que usted o su médico (si el médico es su representante autorizado) no serán sancionados por presentar un reclamo o apelación para revisión.
- No pagar si Peach State Health Plan se queda sin dinero para pagar sus cuentas.
- No pagar por la atención médica incluso si Medicaid o PeachCare for Kids® y Peach State Health Plan no pagan al médico que lo trató.
- Tener servicios médicos a su disposición bajo Peach State Health Plan de acuerdo con 42 CFR 438.206 hasta 438.210 que incluyen los estándares federales de acceso.
- Estar libre de deudas de Peach State Health Plan en caso de insolvencia y responsabilidad por servicios cubiertos en los que el estado no paga a Peach State Health Plan.
- Nunca pagar más de lo que Peach State Health Plan le cobraría, si Peach State Health Plan tiene que hacer que alguien más maneje su atención médica.
- Solo tener un copago y/o deducible pequeño, según lo permiten las leyes estatales y las normas del DCH según se describe en el Manual para afiliados.
- Que le cobre un proveedor solo si usted está de acuerdo con lo siguiente:
  - Firmó una Declaración de reconocimiento del afiliado que lo hace responsable de servicios no cubiertos por Peach State Health Plan.
  - Estuvo de acuerdo por adelantado con pagar por servicios que no están cubiertos por Peach State Health Plan o Georgia Families.
  - Estuvo de acuerdo por adelantado con pagar por servicios de un proveedor que no está en la red y/o no obtuvo autorización previa por adelantado, pero de todos modos solicitó el servicio.
- Que no se le cobre por ningún servicio cubierto por Georgia Families. Si recibe una cuenta por servicios que Peach

State Health Plan debería haber pagado, llame a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484. Cuando llame, dé al personal de Servicios para los afiliados:
  - Fecha del servicio
  - Nombre del proveedor
  - La cantidad total de la cuenta
  - El número telefónico que aparece en la cuenta
- Estar libre de recibir cuentas de proveedores para servicios necesarios desde el punto de vista médico que fueron autorizados o cubiertos por Peach State Health Plan.
- Que el personal, los proveedores, médicos de Peach State Health Plan y el personal de su oficina lo traten con dignidad, respeto y privacidad.
- Tener acceso a un PCP las 24 horas del día, los 365 días del año para la atención urgente.
- Elegir un médico de Peach State Health Plan (PCP) y que se le diga qué hospitales usar.
- Cambiar de médico sin razón.
- Tener conocimiento sobre otros médicos que pueden ayudarle con su tratamiento.
- Conocer sus derechos y responsabilidades con Peach State Health Plan y llamar si tiene preguntas o comentarios o quiere hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades del afiliado.
- Obtener información acerca de la organización y servicios, proveedores, médicos, hospitales, políticas y procedimientos, sus derechos y responsabilidades de Peach State Health Plan y todos los cambios que se hagan.
- Recibir una segunda opinión.
- Estar enterado de todos los servicios que recibirá. Esto incluye:
  - Horario de funcionamiento.
  - Cómo obtener atención médica de emergencia después del horario normal de oficina.
  - Cómo obtener servicios si está lejos de casa.
  - Lo que puede que no esté cubierto.
  - Qué tiene cobertura limitada.
- Que se le informe si cambian sus servicios. Que se le informe si cancelamos un servicio.
- Que se le informe si su médico ya no está disponible.
- Informar a nosotros y a su médico si necesita ayuda para conversar con su médico. No tendrá que pagar si tiene problemas de la audición o si no habla inglés.
- Conocer toda la información sobre su(s) médico(s) de manera que ellos puedan atenderle.
- Informar a su médico sobre lo que le gusta y lo que no le gusta en cuanto a su atención médica.
- Hablar con su médico acerca de decisiones relacionadas con su atención médica incluso el derecho a rechazar tratamiento médico o quirúrgico en la medida de la ley y a negarse a participar en investigación médica.
- Ayudar a establecer planes de tratamiento con su médico, hablar abiertamente con su médico y entender sus opciones de atención médica: sin importar el costo o cobertura de beneficios.
- Entender sus problemas de salud y hablar con su médico acerca de los planes de tratamiento en los que usted y su médico están de acuerdo.
- Decidir por adelantado el tipo de atención que quiere si se enferma, sufre lesión o tiene una enfermedad grave a través de un testamento en vida o directiva anticipada.
- Decidir por adelantado qué persona quiere usted que tome decisiones acerca de su atención si usted no puede hacerlo, creando un poder notarial duradero.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se use como medio de fuerza, disciplina, conveniencia o revancha.
- A ejercer estos derechos. Además, saber que si lo hace, eso no cambiará cómo lo trata el plan, sus médicos y proveedores.

Responsabilidades del afiliado

Usted tiene la responsabilidad de:

- Dar información sobre usted a la organización, los proveedores, médicos y hospitales de Peach State Health Plan con el fin de ayudar a fijar las metas de tratamiento.
- Dar información sobre usted y su salud a su PCP.
- Entender sus problemas de salud y cómo tomar sus medicamentos de la manera correcta.
- Hacer preguntas sobre su atención médica.
- A seguir las instrucciones para atención que acordaron usted y su médico u hospital.
- Ayudar a fijar objetivos de tratamiento con su PCP.
- Leer el Manual para afiliados para entender cómo funciona Peach State Health Plan.
- Llamar a Peach State Health Plan y hacer preguntas cuando no entiende algo.
- Llevar siempre consigo su tarjeta de identificación de afiliado de Peach State Health Plan.
- Llevar siempre consigo su tarjeta de identificación de afiliado de Medicaid o de PeachCare for Kids®.
- Mostrar sus tarjetas de identificación a cada proveedor.
- Programar citas para la atención médica con su médico.
- Ir a la sala de emergencia cuando tenga una emergencia.
- Informar a Peach State Health Plan tan pronto como sea posible si va a la sala de emergencia.
- Obtener una referencia de su PCP para la atención médica especializada.
- Cooperar con las personas que brindan su atención médica.
- Llegar puntualmente a sus citas.
- Informar al consultorio del médico si necesita cancelar una cita.
- Informar al consultorio del médico si necesita cambiar la hora de su cita.
- Respetar los derechos de todos los proveedores.
- Respetar la propiedad de todos los proveedores.
- Respetar los derechos de otros pacientes.
- No causar problemas el consultorio de su médico.
- Asistir a todas sus citas. Llegar puntualmente y cancelar la cita dentro de las veinticuatro (24) horas anteriores si no puede asistir.
- Tratar a su proveedor con dignidad y respeto.

Programa para Fraude, Desperdicio y Abuso (FWA)

Un afiliado, proveedor o empleado nunca debe facilitar o presentar de forma intencionada información o documentación falsa para obtener un beneficio personal. Esto es un delito y puede ser castigado por la ley. Peach State Health Plan se toma muy en serio el despilfarro, el abuso y el fraude. Nuestro programa FWA se adhiere a todas las leyes y regulaciones estatales y federales. El Departamento de Cumplimiento de Peach State Health Plan y la Unidad de Investigaciones Especiales de Centene trabajan muy de cerca con el Departamento de Salud Comunitaria y la Unidad de Control de Fraude de Georgia Medicaid para monitorear y llevar a juicio el fraude en la atención médica.

Si usted sospecha o es testigo de que un proveedor, afiliado o empleado está cometiendo fraude en la atención médica, comuníquese con el Departamento de Cumplimiento de Peach State Health Plan en:	**Peach State Health Plan Office of Compliance** **1100 Circle 75 Parkway** **Suite 1100** **Atlanta, GA 30339** **PeachStateCompliance@centene.com** **Phone number: 1-866-685-8664**

Autoridad y responsabilidad

Peach State Health Plan está comprometido con identificar, investigar y llevar a juicio a aquellos que cometen fraude en la atención médica. El Vicepresidente de Cumplimiento de Peach State Health Plan tiene la responsabilidad y autoridad general de hacer cumplir las normas de los programas de Cumplimiento y FWA. O puede informar al estado de Georgia sobre esto.

Ésta es la dirección y el número telefónico del estado:	**Department of Community Health** **Office of Inspector General, Program Integrity Unit** **2 Martin Luther King Jr. Dr, SE** **East Tower, 19th Floor** **Atlanta GA 30334** **1-800-533-0686** **1-404-463-7590**

Reembolso a médicos

Como afiliado puede preguntar cómo pagamos a nuestros proveedores. También puede preguntar si la manera en que les pagamos afecta los servicios. Nunca pagaremos a un médico para que deniegue tratamiento. Llame al Departamento de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484. Usted puede preguntar sobre nuestra forma de pago. A nuestros proveedores también se les puede pagar más a medida que mejoran la calidad de la atención y los servicios, mejoran la satisfacción del afiliado y/o proporcionan la información necesaria a Peach State Health Plan. Usted puede preguntar si los servicios que no fueron realizados por un médico o grupo están cubiertos por un plan de incentivos. También puede preguntar sobre:

- El tipo de acuerdo de incentivos.
- El porcentaje de retención o la cantidad de bonificación.
- El tamaño del panel.
- Si los pacientes son agrupados y método usado.

Si desea obtener más información sobre las maneras distintas en que se puede pagar a nuestros proveedores, llame a Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484. Si tiene problemas de la audición, llame a nuestro número TDD/TTY al 1-800-255-0056.

Desafiliación

Los nuevos afiliados pueden cambiar a otro plan durante los primeros noventa días de su afiliación. Lo puede hacer sin causa. Esto significa que usted no tiene razón para solicitarla. Después de 90 días, se puede desafiliar sin causa cada doce meses.

El afiliado puede solicitar desafiliarse con causa en cualquier momento. Razones por las que los afiliados pueden solicitar la desafiliación en cualquier momento:

- El afiliado se muda fuera de la región de servicio de Peach State Health Plan.
- Peach State Health Plan, por razones de tipo moral o religioso, no brinda el servicio cubierto que busca el afiliado.

- El afiliado necesita servicios y no todos los servicios están disponibles dentro de la red de Peach State Health Plan. El afiliado, el proveedor del afiliado u otro proveedor han determinado que no recibir los servicios sometería al afiliado a riesgo innecesario.
- El afiliado solicita que se le asigne al mismo plan que sus familiares.
- El afiliado cree que recibe atención médica deficiente.
- Un proveedor de Peach State Health Plan no puede ocuparse de las necesidades de atención médica del afiliado.
- El afiliado cree que recibe acceso deficiente a los servicios.

Razones por las que Peach State Health Plan puede solicitar la desafiliación en cualquier momento::

- El afiliado ya no es elegible para Medicaid o PeachCare for Kids®.
- El afiliado es desafiliado por el Department of Community Health (Departamento de Salud Comunitaria) (DCH) de Georgia.
- El afiliado permite que alguien más use su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan.
- El afiliado no tiene una buena relación con los proveedores.
- El afiliado no sigue el consejo médico.
- El afiliado trata de hacer daño a otros pacientes o hace difícil que otros pacientes reciban la atención médica que necesitan.
- El afiliado se muda de la región de servicio.
- El afiliado está preso.
- El afiliado muere.
- El afiliado es colocado en un centro de enfermería a largo plazo, institución estatal o centro de cuidado intermedio para personas con discapacidad mental.

Peach State Health Plan no discrimina a sus afiliados. Razones por las que Peach State Health Plan no puede solicitar la desafiliación:

- El afiliado presenta cambios adversos en su estado de salud.
- El afiliado ha faltado a citas médicas.
- Uso de servicios médicos por parte del afiliado.
- El afiliado tiene disminuida su capacidad mental.
- Afección médica preexistente del afiliado.
- Un afiliado tiene un comportamiento poco colaborador o perturbador debido a sus necesidades especiales.
- Un afiliado no cumple con el plan de atención de su médico.
- Un afiliado presenta una queja contra Peach State Health Plan.

Restablecimiento

Si un afiliado pierde cobertura médica, pero se restablece la cobertura dentro de un plazo de 60 días, se le colocará nuevamente en Peach State Health Plan. Como afiliado nuestro, le enviaremos una carta y una nueva tarjeta de identificación dentro de un plazo de 7 días después de que se vuelva elegible. Puede seguir consultando con el médico que tenía o escoger a uno nuevo. Llame a nuestro Departamento de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 si tiene preguntas sobre su elegibilidad con Peach State Health Plan.

Directivas anticipadas

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Usted tiene derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico. Además, tiene derecho a planificar y dirigir los tipos de atención médica que puede recibir en el futuro.

Esto le ayudará si llegara a ser incapaz de expresar sus deseos. Lo puede hacer llenando un formulario. Este formulario se conoce como una Directiva anticipada para atención médica o "directiva anticipada". Debe conversar con su médico acerca de sus deseos.

Los menores de edad que ya no están bajo el cuidado de sus padres y los afiliados mayores de 18 años de edad tienen derechos bajo la Ley de directivas anticipadas para atención médica de Georgia. La Ley de directivas anticipadas para atención médica de Georgia tiene tres partes:

- La parte uno le permite elegir a una persona para que tome decisiones por usted cuando usted no las pueda tomar; esta persona se conoce como un agente de atención médica.
- La parte dos le permite tomar decisiones sobre cómo obtener la atención médica que desea; sobre si parar o continuar el mantenimiento de la vida; y sobre si aceptar o rechazar nutrición si está demasiado enfermo como para decidir por sí mismo.
- La parte tres le permite elegir a alguien que usted asignó como su tutor si un tribunal dice que es necesario.

Puede obtener una copia de la directiva anticipada de varias maneras:

▪ Pregunte a su médico ▪ En línea en www.aging.dhr.georgia.gov ▪ Llame a nuestro Departamento de Servicios para los afiliados al (TTY 1-800-255-0056)	▪ Escriba o llame a: **Georgia Division of Aging Services** **47 Trinity Ave. S.W.** **Atlanta, GA 30334** **1-404-657-5258**

Debe dar una copia del formulario con sus deseos a su médico. Además, debe dar una copia a cualquier persona a quien usted le dé permiso para tomar decisiones por usted. Lleve una copia consigo cuando vaya al médico o al hospital. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si lo hace, pida al médico que retire el formulario de su expediente médico. Además, puede hacer cambios a su directiva según lo considere apropiado. Si quiere hacer cambios, llene y firme un nuevo formulario.

Si necesita ayuda puede hablar con su médico o llame a nuestro Departamento de Servicios para los afiliados. Puede llamarnos al 1-800-704-1484. Si no se sigue su directiva, puede presentar un reclamo.	**Georgia Department of Community Health** **Healthcare Facilities Regulations** **2 Martin Luther King Jr. Dr, SE** **East Tower, 17th Floor** **Atlanta GA 30334** **Phone number: 404-657-5700**

Declaración afirmativa

Peach State Health Plan no recompensa ni paga a sus grupos de proveedores o empleados por completar revisiones de la utilización médica. No paga a sus proveedores o empleados por denegar revisiones de la utilización. Las decisiones sobre la utilización se basan en las siguientes razones:

- Los servicios son necesarios desde el punto de vista médico
- Los servicios están cubiertos por Medicaid y PeachCare for Kids®

Nuestros sistemas permiten que nosotros y nuestros socios:

- Identifiquen
- Sigan
- Y monitoreen la atención que se brinde

Este proceso asegura que usted, nuestro afiliado, reciba la atención médica correcta. Nos importa su salud y queremos que usted mejore. Usamos ciertos métodos para asegurarse de que usted reciba la mejor atención médica para su condición. A continuación, se presenta una lista de esos procesos:

- Estar atentos al uso deficiente y uso excesivo de servicios - si esto ocurre se toman las mejores medidas
- Sistemas establecidos para respaldar el estudio de las medidas de utilización médica
- Detectar posibles problemas con la calidad de la atención
- Poner en práctica planes de intervención
- Medir el éxito de las medidas tomadas
- Procesos para apoyar la estabilidad de la atención en todo el campo de la atención médica

Si necesita ayuda para entender esta información, llame al Departamento de Servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 (TYY 1-800-255-0056).

Georgia Health Information Network (GaHIN)

Peach State Health Plan trabaja con la Red de Información de Salud de Georgia (Georgia Health Information Network) (GaHIN) para compartir la información de salud de nuestros afiliados de manera segura y sin peligro. GaHIN conecta a los hospitales, médicos y otros socios de atención médica de Georgia mediante una red electrónica protegida. Los afiliados pueden decidir retirarse en cualquier momento completando un formulario de su médico. Ningún médico puede compartir la información de salud de un afiliado a través de GaHIN si el afiliado opta por no participar.

Visite www.gahin.org para informarse más sobre GaHIN.

Cómo acceder a su atención médica:

NUEVAS OPCIONES PARA ADMINISTRAR SUS EXPEDIENTES MÉDICOS DIGITALES

El 1 de julio de 2021, una nueva ley federal llamada Norma de interoperabilidad y acceso de los pacientes [Interoperability and Patient Access Rule (CMS 9115 F)] facilitó a los afiliados la obtención de sus expedientes médicos cuando más lo necesitan. Usted ahora tiene acceso completo a su expediente médico en su dispositivo móvil, lo que le permite administrar mejor su salud y saber qué recursos tiene a su disposición.

Imagínese:

- Usted consulta con un nuevo médico porque no se encuentra bien y éste puede consultar su historia clínica de los últimos cinco años.
- Usted usa un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista.
- Ese proveedor o especialista puede usar su historia clínica para diagnosticar y asegurarse de que usted recibe la mejor atención.
- Usted recurre a su computadora para ver si un reclamo está pagado, denegado o aún en trámite.
- Si lo desea, se lleva su historia clínica al cambiar de plan de salud. *

**En 2022, los afiliados pueden empezar a solicitar que sus expedientes médicos los acompañen cuando cambien de plan de salud.*

LA NUEVA NORMA FACILITA LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE: **

- reclamos (pagados y denegados)
- partes específicas de su información clínica
- cobertura de medicamentos de farmacia
- Proveedores de atención médica

*** Usted puede obtener información para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016.*

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

Aviso de prácticas de privacidad

EN VIGENCIA EL 1 DE ENERO DE 2026.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Si necesita ayuda para traducir o entender esto, por favor llame al 1-800-704-1484. Personas con problemas de la audición TTY 1-800-255-0056.

For help to translate or understand this, please call 1-800-704-1484. (TTY 1-800-255-0056).

Los servicios de intérprete son gratuitos para usted.

Obligaciones de las entidades cubiertas

Peach State Health Plan es una entidad cubierta, como se define y norma bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) (HIPAA). La ley requiere que Peach State Health Plan mantenga la privacidad de su información de salud protegida (PHI), le dé este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respete los términos del Aviso que está vigente actualmente y que le informe en caso de que su PHI no protegida esté en peligro.

Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a acceder, modificar y manejar su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los otros usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este Aviso se harán solo con su autorización por escrito.

Peach State Health Plan se reserva el derecho a cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia el aviso modificado o cambiado para su PHI que ya tenemos, así como para toda su PHI que recibamos en el futuro. Peach State Health Plan revisará y distribuirá oportunamente este Aviso siempre que haya un cambio material en lo siguiente:

- Los usos y las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad expresadas en el aviso

Pondremos a su disposición las Notificaciones revisadas, según proceda, a través de un método de entrega como el Manual del afiliado, el sitio web o un envío por correo separado.

Se hace notar que: También recibirá una Notificación de Privacidad del Estado de Georgia con sus normas para sus expedientes médicos. Otros planes de salud y proveedores pueden tener otras reglas al usar o compartir sus expedientes médicos. Le pedimos que obtenga una copia de sus avisos de privacidad y los lea.

Protecciones internas de la PHI oral, escrita y electrónica:

En Peach State Health Plan protegemos su información de salud protegida (Protected Health Information; PHI). También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, etnicidad e idioma (race, ethnicity, and language; REL) y orientación sexual e identidad de género (sexual orientation and gender identity; SOGI). Contamos con procesos de privacidad y seguridad para ayudar.

Éstas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Hablamos de su PHI sólo por motivos profesionales con las personas que necesitan saberlo.
- Mantenemos segura su PHI cuando la enviamos o almacenamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para evitar que las personas equivocadas accedan a su PHI.

Usos y divulgaciones permisibles de su PHI

La siguiente es una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

Tratamiento – Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor médico que le da tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para asistirnos en la toma de decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

Pago – Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le brindan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor médico u otra entidad sujeta a las Reglas federales de privacidad para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir:

- procesamiento de reclamaciones
- determinación de elegibilidad o cobertura para reclamaciones
- emisión de facturación de primas
- revisión de servicios para necesidad médica
- llevar a cabo la revisión de utilización de reclamaciones

Operaciones de atención médica – Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:

- prestación de servicios al cliente
- responder a reclamos y apelaciones
- dar Administración de la Atención y coordinación de la atención médica
- realizar revisión médica de reclamaciones y otra evaluación de la calidad
- actividades de mejoramiento

Su raza, etnicidad, idioma, orientación sexual e identidad de género son por los sistemas y las leyes del plan de salud. Esto significa que la información que usted proporciona es privada y está protegida. Sólo podemos compartir esta información con proveedores de atención de la salud. No se compartirá con otros sin su permiso o autorización. Usamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y sus servicios.

Esta información nos ayuda a:

- Comprender mejor sus necesidades de atención de la salud.
- Saber cuáles son sus preferencias de idioma al consultar a los proveedores de atención de la salud.
- Proporcionar información sobre la atención de la salud para satisfacer sus necesidades de atención.
- Ofrecer programas para ayudarle a estar lo más saludable posible.

Esta información no se usa con fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede usted recibir cobertura o servicios.

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos socios. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las reglas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento
- revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales médicos
- Administración de la Atención y coordinación de la atención médica
- detección o prevención del fraude y del abuso en la atención médica.

Divulgaciones del plan de salud grupal/patrocinador del plan – ador u otra entidad que le está ofreciendo un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la

información de salud protegida (como estar de acuerdo con no usar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones de su PHI permitidas o requeridas

Actividades de recaudación de fondos – Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación caritativa o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de no participar, o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.

Fines de suscripción – Podemos usar o divulgar su PHI para fines de suscripción de póliza, como hacer una determinación acerca de una solicitud o pedido de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para fines de suscripción de póliza, se nos prohíbe que usemos o divulguemos su PHI que es información genética en el proceso de suscripción.

Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento – Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle sobre una cita con nosotros para tratamiento y atención médica o darle información con respecto a alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

Según lo requiere la ley – Si la ley federal, estatal y/o local requiere un uso o divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su información PHI en la medida que el uso o la divulgación cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de dicha ley. Si dos o más leyes o normas que gobiernan el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos con las leyes o normas más restrictivas.

Actividades de salud pública – Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública para fines de prevenir o controlar enfermedades, lesión o discapacidad. Puede que divulguemos su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) (FDA) para asegurar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.

Víctimas de abuso y abandono – Podemos divulgar su PHI a una autoridad del gobierno local, estatal o federal, incluso servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley para recibir dichos informes si creemos razonablemente que ha habido abuso, abandono o violencia doméstica.

Procedimientos judiciales y administrativo – Puede que divulguemos su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. Además, podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:

- una orden de un tribunal
- tribunal administrativo
- notificación
- citación
- orden judicial
- solicitud de descubrimiento
- solicitud legal similar

Cumplimiento de la ley – Puede que divulguemos su PHI a funcionarios de cumplimiento de la ley cuando se requiera que lo haga. Por ejemplo, en respuesta a:

- orden de un tribunal
- orden de allanamiento de un tribunal
- notificación
- citación emitida por un funcionario judicial
- notificación de un jurado de acusación

Además, podemos divulgar su PHI relevante para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias – Podemos divulgar su PHI a un juez de instrucción o médico forense. Esto se puede necesitar, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. Además, podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para llevar a cabo sus obligaciones.

Donación de órganos, ojos y tejidos – Podemos divulgar su PHI a organizaciones de adquisición de órganos. Además, podemos divulgar su PHI a los que trabajan en adquisición, banca o trasplante de:

- órganos cadavéricos
- ojos
- tejidos

Amenazas para la salud y seguridad – Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación es necesaria para prevenir o aliviar una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales especializadas – Si es afiliado de las fuerzas armadas estadounidenses, podemos divulgar su PHI según lo requieren autoridades del comando militar. Además, podemos divulgar su PHI:

- a funcionarios federales autorizados para seguridad nacional
- para actividades de inteligencia
- al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica
- para servicios de protección del presidente u otras personas autorizadas

Compensación al trabajador – Podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes relacionadas con compensación al trabajador u otros programas similares, establecidos por la ley, que ofrecen beneficios para lesiones relacionadas con el empleo o enfermedad sin tener en cuenta culpa.

Situaciones de emergencia – Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo personal cercano, agencia autorizada para asistencia en caso de desastres o cualquier otra persona que usted identificó previamente. Usaremos criterio y experiencia profesional para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si la divulgación es lo mejor para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona en su cuidado.

Presos – Si está preso en un correccional o bajo la custodia de un funcionario del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI al correccional o funcionario del cumplimiento de la ley, en tanto que dicha información sea necesaria para que la institución le brinde atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad y protección del correccional.

Investigación – Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando se haya aprobado su estudio de investigación clínica y en tanto que ciertas salvaguardas se hayan establecido para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Se requiere que obtengamos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con pocas excepciones, por las razones siguientes:

Venta de la PHI – Solicitaremos su autorización por escrito antes de que hagamos divulgaciones que se consideren como una venta de su PHI, en otras palabras, que estamos recibiendo compensación por la divulgación de la PHI de esta manera.

Mercadeo – Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de mercadeo con excepciones limitadas, como cuando tenemos comunicaciones de mercadeo en persona con usted o cuando damos regalos publicitarios de valor nominal.

Notas de psicoterapia – Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Derechos individuales

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si le gustaría usar cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros usando la información al final de este Aviso.

Derecho a revocar una autorización – Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, la revocación de su autorización debe ser por escrito. La revocación entrará en vigencia inmediatamente, excepto en la medida que ya hayamos tomado medidas apoyándonos en la autorización y antes de que recibamos su revocación por escrito.

Derecho a solicitar restricciones – Usted tiene derecho a solicitar restricciones al uso y la divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como divulgaciones a personas involucradas en su atención o pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que está solicitando e indicar a quién se aplica la restricción. No se requiere que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proveer su tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para pago u operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado por el servicio o artículo de su propio bolsillo en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales – Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información podría ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted desea. Usted no tiene que explicar la razón de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el medio o lugar de la comunicación. Debemos tener en cuenta su solicitud si es razonable y especifica los medios o el lugar alternativo donde se debería entregar su PHI.

Derecho a tener acceso a y recibir copia de su PHI – Usted tiene derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI contenida en un conjunto de expedientes designados. Puede pedir que demos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que usted pida a menos que no sea práctico que lo hagamos. Debe pedir por escrito obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito y le diremos si las razones para la denegación se pueden revisar y cómo pedir dicha revisión o si la denegación no se puede revisar.

Derecho a modificar su PHI – Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos, o cambiemos, su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud se debe hacer por escrito, y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos denegar su solicitud por ciertas razones, por ejemplo, si nosotros no creamos la información que quiere que se enmiende y el creador de la PHI puede realizar la modificación. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que está en desacuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables por informar a otros, incluso personas que usted nombre, de la modificación y de incluir los cambios en futuras divulgaciones de esa información.

Derecho a recibir un recuento de las divulgaciones – Usted tiene derecho a recibir una lista de casos dentro del último periodo de 6 años en el que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a divulgaciones para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted autorizó y ciertas otras actividades. Si solicita este recuento más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le daremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

Derecho a presentar un reclamo – Si cree que se han violado sus derechos a privacidad o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono usando la información de contacto que está al final de este Aviso.

Además, puede presentar un reclamo al Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201 o llamando al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

NO ACTUAREMOS EN SU CONTRA SI PRESENTA UN RECLAMO.

Derecho a recibir una copia de este aviso – Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento usando la lista de información de contacto al final del Aviso. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa del Aviso.

Información de contacto

Si tiene preguntas acerca de este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos se puede comunicar con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que aparece aquí:	**Peach State Health Plan** **Attn: Privacy Official** **1100 Circle 75 Parkway** **Suite 1100** **Atlanta, GA 30339** **1-800-704-1484 (TTY 1-800-255-0056)**

Aviso de requisitos de no discriminación y accesibilidad

Peach State Health Plan cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Peach State Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Peach State Health Plan:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los que se indican a continuación:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)

Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Peach State Health Plan 1-800-704-1484 (TTY/TDD 1-800-255-0056).

Si considera que Peach State Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

1557 Coordinator
PO Box 31384, Tampa, FL 33631
855-577-8234
TTY: 711
FAX: 866-388-1769
SM_Section1557Coord@centene.com

Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador 1557 está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal para Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por correo o por teléfono a la siguiente dirección:

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 https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

Esta notificación está disponible en el sitio web de Peach State Health Plan: https://www.pshpgeorgia.com/statement-of-non-discrimination.html.

Mapa de Servicios de Peach State Health Plan

Región	Condados
Atlanta	Barrow, Bartow, Butts, Carroll, Cherokee, Clayton, Cobb, Coweta, DeKalb, Douglas, Fayette, Forsyth, Fulton, Gwinnett, Haralson, Henry, Jasper, Newton, Paulding, Pickens, Rockdale, Spalding, Walton
Central	Baldwin, Bibb, Bleckley, Chattahoochee, Crawford, Crisp, Dodge, Dooly, Harris, Heard, Houston, Johnson, Jones, Lamar, Laurens, Macon, Marion, Meriwether, Monroe, Muscogee, Peach, Pike, Pulaski, Talbot, Taylor Telfair, Treutlen, Troup, Twiggs, Upson, Wheeler, Wilcox, Wilkinson.
Suroeste	Atkinson, Baker, Ben Hill, Berrien, Brooks, Calhoun, Clay, Clinch, Coffee, Colquitt, Cook, Decatur, Dougherty, Early, Echols, Grady, Irwin, Lanier, Lee, Lowndes, Miller, Mitchell, Quitman, Randolph, Schley, Seminole, Stewart, Sumter, Terrell, Thomas, Tift, Turner, Webster, Worth.
Norte	Banks, Catoosa, Chattooga, Clarke, Dade, Dawson, Elbert, Fannin, Floyd, Franklin, Gilmer, Gordon, Habersham, Hall, Hart, Jackson, Lumpkin, Madison, Morgan, Murray, Oconee, Oglethorpe, Polk, Rabun, Stephens, Towns, Union, Walker, White, Whitfield
Este	Burke, Columbus, Emanuel, Glascock, Greene, Hancock, Jefferson, Jenkins, Lincoln, McDuffie, Putnam, Richmond, Taliaferro, Warren, Washington, Wilkes
Sureste	Appling, Bacon, Brantley, Bryan, Bulloch, Camden, Candler, Charlton, Chatham, Effingham, Evans, Glynn, Jeff Davis, Liberty, Long, McIntosh, Montgomery, Pierce, Screven, Tattnall, Toombs, Ware, Wayne

Definiciones

Apelación: Una solicitud para que su plan de seguro de salud revise una decisión que deniega un beneficio o pago.

Copago: La parte del costo que los afiliados pagan por determinados servicios o artículos. Esta es una cantidad fija.

Equipo médico duradero (DME, en inglés): Equipos y suministros solicitados por un profesional sanitario para uso diario o continuado. La cobertura de los equipos médicos duraderos puede incluir: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas para análisis de sangre para diabéticos.

Afección médica de emergencia: Enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención médica de inmediato para evitar daños graves.

Transporte médico de emergencia: Servicios de ambulancia en caso de emergencia médica.

Atención en la sala de emergencia: Servicios de emergencia que se reciben en una sala de emergencia.

Servicios de emergencia: Evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos: Servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Queja: Una queja que usted comunica a su compañía de seguros o a su plan de salud.

Servicios de habilitación: Servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Algunos ejemplos son la terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y otros servicios para personas con discapacidad en diversos centros hospitalarios o ambulatorios.

Seguro de salud: Contrato que obliga a la aseguradora a pagar una parte o la totalidad de los gastos de atención médica.

Atención médica a domicilio: Servicios de atención médica que una persona recibe en su domicilio.

Servicios de hospicio (cuidados paliativos): Servicios para proporcionar consuelo y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización: Atención en un hospital que requiere ingreso como paciente internado y suele requerir pasar la noche en el hospital. Una noche en observación puede ser atención ambulatoria.

Atención hospitalaria ambulatoria: Atención en un hospital que no suele requerir una noche de estancia.

Paridad de MH "Necesidad médica", "atención médicamente necesaria" o "médicamente necesario y apropiado" significa: Con respecto al tratamiento de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, un servicio o producto que atienda las necesidades específicas de ese paciente con el propósito de detectar, prevenir, diagnosticar, administrar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, incluyendo minimizar la progresión de una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, de una manera que sea:

- De acuerdo con los estándares generalmente aceptados para la atención de la salud mental o los trastornos por consumo de sustancias.
- Clínicamente adecuado en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración; y
- No destinado principalmente al beneficio económico de la aseguradora, el comprador o a la conveniencia del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención de la salud.

Salud física "Necesidad médica", "atención médicamente necesaria" o "médicamente necesaria y apropiada" significa: Atención basada en prácticas médicas generalmente aceptadas en virtud de las condiciones en el momento del tratamiento, que sea:

- Apropiada y consistente con el diagnóstico, y cuya omisión podría afectar negativamente o impedir la mejora de la condición del afiliado elegible;
- Sea compatible con los estándares de la práctica médica aceptable en Estados Unidos;
- Se brinde en un entorno seguro y adecuado, teniendo en cuenta la naturaleza del diagnóstico y la severidad de los síntomas;
- No se preste únicamente para la comodidad del afiliado elegible, del proveedor de atención de la salud o del hospital; y
- No se trate principalmente de cuidados de asistencia, a menos que dichos cuidados estén cubiertos como servicio o beneficio en virtud de la evidencia de cobertura del afiliado elegible.

Red: Los centros, proveedores y suministradores con los que su aseguradora o plan de salud ha contratado la prestación de servicios de atención médica.

Proveedor no participante: Proveedor que no tiene contrato con su plan de salud para prestarle servicios.

Servicios médicos: Servicios de atención médica que presta o coordina un médico.

Plan: Beneficio que se le proporciona para pagar sus servicios de atención médica.

Autorización previa: Decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se llama autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su seguro de salud o plan puede exigir una autorización previa para determinados servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su seguro de salud o plan cubrirá el costo.

Proveedor participante: Proveedor que tiene un contrato con su plan de salud para prestarle servicios.

Prima: La cantidad que paga cada mes por su seguro de salud.

Cobertura de medicamentos recetados: Seguro de salud o plan que ayuda a pagar los medicamentos y fármacos recetados.

Medicamentos con receta: Fármacos y medicamentos que por ley requieren receta médica.

Médico de atención primaria: Un médico (M.D. - Medical Doctor o D.O. - Doctor en Medicina Osteopática) que proporciona o coordina directamente una serie de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria: Un médico (M.D. - Medical Doctor o D.O. - Doctor en Medicina Osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a los servicios de atención médica.

Proveedor: Profesional de la salud que presta servicios de atención médica.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Servicios o suministros de atención médica que le ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Estas habilidades pueden haberse perdido o deteriorado debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y rehabilitación psiquiátrica en diversos centros hospitalarios o ambulatorios.

Atención de enfermería especializada: Servicios de personal de enfermería autorizado en su propio domicilio o en una residencia de ancianos. Los servicios de atención especializada son de técnicos y terapeutas en su propio domicilio o en una residencia de ancianos.

Especialista: Un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más formación en un área específica de la atención médica.

Atención urgente: Atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en una sala de emergencia

Ayuda con el idioma

Español (Spanish):
Puede obtener ayuda gratuita en su idioma. Peach State Health Plan brinda asistencia lingüística, que incluye apoyo tanto en forma escrita como oral, además de ayudas y servicios auxiliares. También tiene a su disposición, sin costo alguno, letra grande y otros formatos alternativos. ¿Necesita ayuda? Llame a Servicios para Miembros al **1-800-704-1484**. Si tiene una discapacidad auditiva o del habla, llame al **TTY/TDD 1-800-255-0056**.

Tiếng Việt (Vietnamese):
Quý vị có thể được trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị. Peach State Health Plan cung cấp hỗ trợ ngôn ngữ, bao gồm hỗ trợ ngôn ngữ viết và nói, cũng như các dịch vụ và trợ giúp bổ sung. Phông chữ lớn và các định dạng thay thế khác cũng được cung cấp miễn phí cho quý vị. Cần hỗ trợ? Hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-704-1484**. Nếu quý vị bị khiếm thính hay khiếm thanh, hãy gọi **TTY/TDD 1-800-255-0056**.

简体中文 (Mandarin):

您可以获得以您的母语提供的免费帮助。桃州（Peach State）**健康**计划提供语言帮助，包括书面和口头语言支持，以及辅助工具和服务。您还可以免费获得大字体和其他替代格式。需要帮助？请致电 **1-800-704-1484** 联系会员服务部。如果您有听力或语言障碍，请拨打 **TTY/TDD 1-800-255-0056**。

繁體中文(Cantonese):
您可以免費獲得母語幫助。桃州健康計畫提供語言幫助，包括書面和口頭語言支援，以及輔助工具和服務。您還可以免費獲得大字體和其他替代格式。需要幫助嗎？請致電 1-800-704-1484 聯絡會員服務。如果您有聽障或語障，請撥打 TTY/TDD **1-800-255-0056**。

한국어(Korean):

원하는 언어로 무료 지원을 받을 수 있습니다. Peach State Health Plan은 문서 및 음성 언어 서비스를 포함한 언어 지원을 비롯하여 보조 기기와· 서비스를 제공합니다. 큰 글자본을 비롯해 다양한 대체 서식도 무료로 제공됩니다. 도움이 필요하세요? 회원 서비스**(1-800-704-1484)**로 연락해 주세요. 청각 또는 언어 장애가 있으시면 **TTY/TDD 1-800-255-0056**번으로 연락해 주세요.

Igbo:
Ị nwere ike inweta enyemaka n'efu n'asụsụ gị. Peach State Health Plan na-enye enyemaka asụsụ, gụnyere enyemaka asụsụ nke odide na nke nsụgharị okwu, yana ngwa nziritaozi na ọrụ enyemaka. Mkpụrụ edemede ukwu, nakwa ụdị ndị ọzọ dịkwara gị na-akwụghị ụgwọ. Ịchọrọ enyemaka? Kpọọ Onye Enyemaka Ndị Otu na **1-800-704-1484**. Ọ bụrụ na ị nwere nsogbu n'ikwu okwu maọbụ ịnụ ihe, kpọọ **TTY/TDD 1-800-255-0056**.

Français (French):
Vous pouvez recevoir une assistance gratuite dans votre langue. Le Projet sanitaire Peach State Health propose une assistance linguistique, notamment un appui linguistique écrit et oral, ainsi que des aides et des services auxiliaires. Une grande police de caractères et d'autres formats alternatifs sont également possibles sans frais. Besoin d'aide ? Appelez les Services aux adhérents au **1-800-704-1484**. Si vous présentez un handicap auditif ou d'élocution, appelez par téléscripteur/ATS au **1-800-255-0056**.

Anglè (French-Creole):

Ou ka jwenn èd gratis nan lang ou. Plan Sante Peach State la ofri asistans lang, ki gen ladan sipò lang alekri ak aloral, ak asistans ak sèvis oksilyè tou. Tèks an gwo karaktè ak lòt fòma disponib pou ou tou gratis. Ou bezwen èd? Rele Sèvis Kliyantèl la nan **1-800-704-1484**. Si ou genyen yon andikap pou tande oswa nan langaj, rele TTY/TDD nan **1-800-255-0056**.

हिंदी (Hindu):

आप अपनी भाषा में मुफ्त सहायता प्राप्त कर सकते हैं। Peach State Health Plan द्वारा लिखित और मौखिक भाषा सहायता और सहायक उपस्करण तथा सेवाओं सहित भाषा सहायता उपलब्ध कराई जाती है। आपके लिए बड़े अक्षर और वैकल्पिक फॉर्मेट बिना अतिरिक्त लागत के उपलब्ध हैं। सहायता चाहिए? **1-800-704-1484** पर सदस्यता सेवा को कॉल करें। यदि आपको सुनने या बोलने में समस्या है, तो **TTY/TDD 1-800-255-0056** पर कॉल करें।

አማርኛ (Amharic):

በራስዎ ቋንቋ ነጻ እርዳታ ማግኘት ይችላሉ። የፒች ግዛት የጤና እቅድ የጽሁፍ እና የንግግር ድጋፍን ጨምሮ የቋንቋ ድጋፍን እንዲሁም አጋዥ መሳሪያዎችን እና አገልግሎቶችን ይሰጣል። እንዲሁም ትልቅ ቅርጸ-ቁምፊ እና ሌሎች አማራጭ ቅርጸቶች ለእርስዎ ያለምንም ወጪ ይገኛሉ። እርዳታ ይፈልጋሉ? በ **1-800-704-1484** ለአባል አገልግሎት ይደውሉ። የመስማት ወይም የመናገር እክል ካለብዎ ወደ **TTY/TDD 1-800-255-0056** ይደውሉ።

Gujarati:

તમને તમારી ભાષામાં નિઃશુલ્ક મદદ મળી શકે છે. પીચ સ્ટેટ હેલ્થ પ્લાન (Peach State Health Plan) લખવા અને બોલવાના કૌશલ્ય સંબંધિત ભાષા સંબંધિત સહાયની સાથે-સાથે સહાયક સહાય અને સેવાઓ પ્રદાન કરે છે. મોટા અક્ષરો અને અન્ય વૈકલ્પિક ફોર્મેટ પણ તમારા માટે કોઈપણ ખર્ચ વિના ઉપલબ્ધ છે. મદદની જરૂર છે? સભ્ય સેવાઓને **1-800-704-1484** પર કૉલ કરો. જો તમને સાંભળવા અથવા બોલવા સંબંધિત અક્ષમતા હોય, તો **TTY/TDD 1-800-255-0056** પર કૉલ કરો.

Português (Portuguse):

Pode obter ajuda gratuita no seu idioma. O Peach State Health Plan (plano de saúde Peach State - estado da Geórgia) proporciona assistência linguística, incluindo apoio linguístico escrito e oral, bem como ajudas e serviços auxiliares. Os formatos de letra grande e outros formatos alternativos também estão disponíveis gratuitamente. Precisa de ajuda? Contacte os Serviços para Membros através do número **1-800-704-1484**. Se tiver uma deficiência auditiva ou verbal, ligue para **TTY/TDD 1-800-255-0056**.

Deutsch (German):

Sie können kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache in Anspruch nehmen. Der Peach State-Krankenversicherungsplan bietet Sprachunterstützung an, einschließlich geschriebener und gesprochener Sprachunterstützung, ebenso wie zusätzliche Hilfsangebote und Dienste. Große Schrift und andere alternative Formate stehen Ihnen ebenfalls ohne Zusatzkosten zur Verfügung. Benötigen Sie Hilfe? Rufen Sie den Mitgliederservice unter **1-800-704-1484** an. Wenn Sie an einem Gehörschaden oder einer Sprechstörung leiden, rufen Sie an unter **TTY/TDD 1-800-255-0056**.

ఇంగ్లీష్ (Telegu):

మీరు మాట్లాడే భాషలో ఉచితంగా సహకారం పొందుతారు. Peach State హెల్త్ ప్లాన్ భాషా సాయాన్ని అందిస్తుంది, ఇందులో రాతపూర్వక మరియు మౌఖిక భాషా మద్దతు, అలాగే సహకారం మరియు సేవలు అందించబడతాయి. పెద్ద ఫాంట్ మరియు ఇతర ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మెట్‌లు కూడా మీకు ఉచితంగా లభ్యమవుతాయి. మీకు సహాయం కావాలా? సభ్యుల సేవల నిమిత్తం **1-800-704-1484**కు కాల్ చేయండి. మీకు వినికిడి లేదా మాట్లాడటంలో లోపం ఉంటే, **TTY/TDD 1-800-255-0056** కు కాల్ చేయండి.

Anglè (Haitan-Creole):

Ou ka jwenn èd gratis nan lang ou. Plan Sante Peach State la ofri asistans lang, ki enkli sipò lang alekri ak oral, e tou asistans ak sèvis oksilyè. Tèks an gwo karaktè ak lòt fòma disponib pou ou tou gratis. Bezwen èd? Rele Sèvis Kliyantèl la nan 1-800-704-1484. Si ou genyen yon andikap tande oswa langaj, rele TTY/TDD nan 1-800-255-0056.

اللغة العربية (Arabic):

يمكنك الحصول على مساعدة مجانية بلغتك. يقدم لك برنامج Peach State Health Plan خدمات المساعدة اللغوية، بما في ذلك الدعم اللغوي المكتوب والمنطوق، بالإضافة إلى الوسائل والخدمات المساعدة. كما يُوفر لك الطباعة بخط كبير وتنسيقات بديلة أخرى بدون . إذا كنت تعاني من إعاقة في السمع أو **1-800-704-1484**أي تكلفة. هل تحتاج إلى المساعدة؟ اتصل بخدمات الأعضاء على النطق، فاتصل بخدمةTTY/TDD الرقم: .**1-800-255-0056** :على الرقم

Kiswahili (Swahili):

Unaweza kupata msaada bila malipo katika lugha yako. Mpango wa Afya wa Jimbo la (Peach Peach State Health Plan) unatoa msaada wa lugha, ikiwemo msaada wa lugha ya maandishi na ya mazungumzo, pamoja na huduma saidizi na za ziada. Fonti kubwa, na miundo mingine mbadala pia unaipata bila gharama yoyote. Je, unahitaji msaada? Piga simu ya Huduma za Wanachama kwa **1-800-704-1484**. Ikiwa una ulemavu wa kusikia au kuzungumza, piga simu kwa **TTY/TDD 1-800-255-0056**.

1100 Circle 75 Parkway
Suite 1100
Atlanta, GA 30339

www.pshp.com

¿Necesita ayuda para entender esto? Si la necesita, llame a la línea de Servicios para los afiliados de Peach State Health Plan al 1-800-704-1484. Si es una persona con problemas de audición, llame a nuestro TTY 1-800-255-0056. Para obtener esta información en letra más grande o que se la lean por teléfono, llame a Servicios para los Afiliados.

©2026 Peach State Health Plan, Inc. Todos los derechos reservados.
PSHP_091826_0367, GA_12501