

**Insert Your Logo Here**

**Importante:** Este aviso explica su derecho a apelar nuestra decisión. Léalo cuidadosamente. Si necesita ayuda, puede llamar a uno de los números que aparecen en la última página en “Obtener ayuda y más información”. También puede consultar el Capítulo 9 del Manual para Miembros para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

## Aviso de Denegación de Pago

**Fecha:**

**Número de Miembro:**

**Nombre:**

<Insert other identifying information, as necessary (e.g., provider name, enrollee’s Medicaid number, service subject to notice, date of service)>

### **Su solicitud fue denegada**

Hemos <Insert appropriate term: *denegado, interrumpido, reducido, suspendido*> el pago de los servicios/artículos médicos que se enumeran a continuación y que usted o su doctor <proveedor> habían solicitado:

### **¿Por qué denegamos su solicitud?**

Hemos <Insert appropriate term: *denegado, interrumpido, reducido, suspendido*> el pago de los servicios/artículos médicos enumerados arriba porque <Provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage provisions to support decision>:

Debe entregar o mostrar una copia de esta decisión a su doctor para que usted y su doctor puedan hablar de los próximos pasos. Si su doctor solicitó cobertura en su nombre, hemos enviado una copia de esta decisión a su doctor.

### **Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión**

Usted tiene derecho a pedir que IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) revise esta decisión. Para ello, puede solicitarnos una Apelación de Nivel 1 (a veces llamada “apelación interna” o “apelación del plan”). En casos especiales, también puede solicitar una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*) sin apelar primero ante nuestro plan. No puede solicitar una IMR si ya recurrió a una Audiencia Estatal sobre el mismo asunto. Si obtiene una IMR, pero no está conforme con el resultado, todavía puede solicitar una Audiencia Estatal (*State Hearing*).

**Apelación de Nivel 1 ante IEHP DualChoice:** Solicite a IEHP DualChoice una Apelación de Nivel 1 dentro de los **60 días consecutivos (del calendario)** de la fecha de este aviso. Le podemos otorgar más tiempo si tiene un buen motivo para no cumplir el plazo. Consulte la sección titulada “Cómo solicitar una Apelación de Nivel 1 ante IEHP DualChoice” para saber cómo solicitar una apelación de nivel del plan.

**Revisión Médica Independiente (IMR) por Servicios de Medi-Cal:** En la mayoría de los casos, debe presentar una Apelación de Nivel 1 ante IEHP DualChoice antes de solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR dentro de los **seis meses** después de que IEHP DualChoice le envía una respuesta por escrito a su Apelación de Nivel 1. Una IMR es una revisión de su caso de parte de doctores que no son parte de IEHP DualChoice. Si la IMR se decide a su favor, IEHP DualChoice debe darle el servicio o el artículo que usted solicitó. Usted no paga nada por una IMR. Consulte la sección titulada “Cómo solicitar una Revisión Médica Independiente” de este aviso para saber cómo solicitar una IMR.

*Cómo conservar sus servicios mientras revisamos su caso: Si nuestra decisión es interrumpir o reducir un servicio, usted puede seguir obteniéndolo mientras se revisa su caso. Si desea continuar con el servicio, debe presentar una apelación dentro de los 10 días de la fecha de este aviso o antes de que se interrumpa o reduzca el servicio, lo que ocurra después. Su proveedor debe estar de acuerdo en que usted debería seguir recibiendo el servicio.*

### **Si desea que otra persona actúe en su nombre (lo represente)**

Usted puede designar a un pariente, amigo, abogado, doctor u otra persona para que actúe como su representante. Si desea que otra persona actúe en su nombre, llámenos al: 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm, (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos, para obtener información sobre cómo designar a su representante. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. Tanto usted como la persona que desea que actúe en su nombre deben firmar y fechar una declaración para confirmar que usted así lo desea. Usted deberá enviarnos esta declaración por correo o por fax. Conserve una copia para sus registros.

**Apelación Estándar** – Le comunicaremos una decisión por escrito sobre una apelación estándar dentro de los **30 días consecutivos (del calendario)** de haber recibido su apelación. Nuestra decisión podría llevar más tiempo si usted solicita una extensión o si nosotros necesitamos más información sobre su caso. Le informaremos si tomamos un tiempo adicional y le explicaremos por qué se necesita más tiempo. Si su apelación es por el pago de un servicio que ya recibió, le comunicaremos una decisión por escrito dentro de los **60 días consecutivos (del calendario)**.

### **Cómo solicitar una Apelación de Nivel 1 ante IEHP DualChoice**

**Paso 1:** Usted, su representante o su proveedor deben solicitar una apelación dentro de los **60 días consecutivos (del calendario)** de la recepción de este aviso.

Su solicitud <escrita> debe incluir:

- Su nombre
- Dirección
- Número de Miembro
- Motivos por los que apela

- Todas las pruebas que desee que revisemos, como registros médicos, cartas de doctores, u otra información que explique por qué usted necesita el artículo o servicio. Llame a su doctor si necesita esta información.

Le recomendamos que conserve una copia de todo lo que nos envíe para sus registros.

Usted puede solicitar revisar los registros médicos y otros documentos que utilicemos para tomar nuestra decisión antes de o durante la apelación. También puede solicitar una copia de las pautas que usamos para tomar nuestra decisión, sin costo alguno para usted.

**Paso 2:** Presente su apelación personalmente o por correo, fax o teléfono.

<b>Para una Apelación Estándar:</b> Dirección Postal:	IEHP DualChoice P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga CA 91729-1800
Teléfono:	1-877-273-IEHP (4347)
Los usuarios de TTY deben llamar al:	1-800-718-4347
Fax:	909-890-5748

Si solicita una apelación estándar por teléfono, le repetiremos su solicitud para asegurarnos de haberla documentado correctamente. También le enviaremos una carta para confirmar lo que nos informó. La carta le indicará cómo hacer correcciones.

## ¿Qué sucederá?

Si solicita una Apelación de Nivel 1 y continuamos denegando su solicitud de pago de un servicio, le enviaremos una decisión por escrito.

Si originalmente el servicio era un servicio de Medicare o un servicio cubierto tanto por Medicare como por Medi-Cal, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente. Si el revisor independiente deniega su solicitud, la decisión escrita le explicará si usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si el servicio fue un servicio de Medi-Cal, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente o una Audiencia Estatal. La decisión escrita le dará instrucciones sobre cómo solicitar el siguiente nivel de apelación. A continuación también se brinda esa información.

## Cómo solicitar una Revisión Médica Independiente

Usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*) para servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal (que no incluyen los Servicios de Apoyo en el Hogar [*In-Home Supportive Services*]) de parte del Departamento de Administración de Servicios Médicos (*Department of Managed Health Care, DMHC*) de California. Puede solicitar una IMR si no está de acuerdo con la decisión sobre la Apelación de Nivel 1 de IEHP DualChoice, o si IEHP DualChoice no ha resuelto su Apelación de Nivel 1 después de 30 días.

En la mayoría de los casos, debe presentar una Apelación de Nivel 1 ante IEHP DualChoice antes de solicitar una IMR. Usted podría tener una IMR sin apelar ante IEHP DualChoice primero si:

- Su problema es urgente y representa una amenaza inmediata y seria para su salud.
- IEHP DualChoice denegó un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque es experimental o de investigación.
- Usted cree, por el contrario, que apelar ante IEHP DualChoice no es lo más conveniente para usted.

No puede solicitar una IMR si ya recurrió a una Audiencia Estatal sobre el mismo asunto. Si obtiene una IMR, pero no está conforme con el resultado, todavía puede solicitar una Audiencia Estatal.

**Paso 1:** Usted o su representante deben solicitar una IMR dentro de los **6 meses** después de que le enviemos una decisión por escrito. Si necesita ayuda, puede llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Administración de Servicios Médicos al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.

**Paso 2:** Conteste el Formulario de Queja/Revisión Médica Independiente disponible en <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>. O bien, puede responder la copia impresa del formulario de solicitud de IMR que se incluye junto con este aviso y enviarla a:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

Si decide enviar el formulario impreso, le sugerimos que adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que se denegó. De ser así, envíe las copias de los documentos, no los originales. Es posible que el Centro de Ayuda del Departamento de Administración de Servicios Médicos no pueda devolver todos los documentos originales.

### ¿Qué sucederá?

Si usted califica para una IMR, el Departamento de Administración de Servicios Médicos revisará su caso y le enviará una carta dentro de los siete días para decirle que usted califica para una IMR. Una vez que se reciba su solicitud junto con los documentos de respaldo, se tomará la decisión de la IMR dentro de los 30 días, o en un plazo de 3 a 7 días si su caso es urgente. Los doctores que no forman parte de IEHP DualChoice revisarán su caso. El Departamento de Administración de Servicios Médicos le enviará una carta para explicarle la decisión. Si la decisión de la IMR es a su favor, IEHP DualChoice debe darle el servicio o el tratamiento que usted solicitó. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una Audiencia Estatal.

Si usted no califica para una IMR, su asunto será revisado según el proceso de quejas estándar del Departamento de Administración de Servicios Médicos. Recibirá un aviso escrito de la decisión en un plazo de 30 días. Si decide no usar el proceso de la IMR, podría estar renunciando a los derechos que le otorgan las leyes de California de entablar acciones legales contra IEHP DualChoice sobre el servicio o el tratamiento que está solicitando.

## Cómo solicitar una Audiencia Estatal

Si el servicio fue un servicio o artículo cubierto por Medi-Cal, puede solicitar una Audiencia Estatal. Solamente puede solicitar una Audiencia Estatal después de haber apelado ante nuestro plan de salud y de haber recibido una decisión por escrito con la cual usted no está de acuerdo. Tenga en cuenta que si recurrió a una Audiencia Estatal, no podrá solicitar una Revisión Médica Independiente.

**Paso 1:** Usted o su representante deben solicitar una Audiencia Estatal dentro de los **120 días** de la fecha en que le notifiquemos que la decisión de apelación de Nivel 1 ha sido confirmada. Conteste el “Formulario para Presentar una Audiencia Estatal” (*Form to File a State Hearing*) que se incluye junto con este aviso. Asegúrese de incluir toda la información solicitada.

**Paso 2:** Envíe su formulario a:

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430  
FAX: 916-651-5210 o 916-651-2789

También puede solicitar una Audiencia Estatal al 1-800-952-5253 (TDD: 1-800-952-8349). Si decide realizar la solicitud por teléfono, debe saber que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

### ¿Qué sucederá?

El Estado llevará a cabo una audiencia. Usted puede presenciar la audiencia o escucharla por teléfono. Se le solicitará que le informe al Estado por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Puede pedirle a un amigo, familiar, defensor, proveedor o abogado que le ayude. Recibirá una decisión por escrito en la que se le explicará si tiene derechos de apelación adicionales.

Se ha enviado una copia de este aviso a:

<Name>

<Address>

<City, State Zip Code>

## Obtener ayuda y más información

- Llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am–8pm, (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. También puede visitar nuestro sitio web en [www.iehp.org](http://www.iehp.org).
- Llame al **Programa del Defensor de los Beneficiarios de Cal MediConnect (*Cal MediConnect Ombuds Program*)** para obtener ayuda gratuita. Este programa ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect a tratar los problemas sobre servicios o facturación. Pueden explicarle cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación. El número de teléfono es 1-855-501-3077.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al **Centro de Derechos de Medicare (*Medicare Rights Center*)** al 1-888-HMO-9050.
- Llame al **Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*)** para obtener ayuda gratuita. El HICAP es una organización independiente. No tiene vinculación con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
- Hable con **su doctor u otro proveedor**, quienes pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
- También puede consultar el **Capítulo 9 del Manual para Miembros** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Llame al **Departamento de Administración de Servicios Médicos (*Department of Managed Health Care, DMHC*) de California** para obtener ayuda gratuita. El Departamento de Administración de Servicios Médicos es responsable de reglamentar los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **1-877-273-IEHP (4347)** y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este proceso de

quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja que haya quedado sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al Departamento de Administración de Servicios Médicos para solicitar asistencia. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por el pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, ofrece formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

---

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-273-IEHP (4347), 8am – 8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY/TDD users should call 1-800-718-4347. The call is free.

Si usted habla otro idioma o necesita asistencia de un intérprete, tenemos disponible para usted los servicios de un intérprete libres de costo. Llame al 1-877-273-IEHP (4347), 8am – 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como impresión con letra grande, Braille o audio. Llame al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am – 8pm, (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

## FORMA DE QUEJA/DE EVALUACIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

**GRATIS:** El proceso de solicitud de IMR y de presentación de quejas de parte de los consumidores es gratis.

**RAPIDO:** Las IMR generalmente se deciden dentro de 30 días o dentro de 7 días si el asunto de salud es urgente.

**Exitoso :** Cerca de 60% de los pacientes reciben el servicio solicitado a través de una IMR.

**Definitivo:** Los planes de salud deben acatar la decisión de la IMR y proveer el servicio con prontitud.

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Género del paciente

Masculino  Femenino

Nombre del padre o tutor en caso de completar la forma para un menor:

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de día # \_\_\_\_\_ Teléfono de noche # \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Desea autorizar a alguien para que le brinde ayuda?

Sí  No

Nombre del plan de salud \_\_\_\_\_

Núm. de membresía del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del grupo médico (en caso de estar inscripto en un grupo médico)

\_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_  No está empleado

¿Tiene Medi-Cal?

Sí  No

- De ser así, ¿ha presentado una petición de audiencia imparcial estatal?

Sí  No

¿Tiene Medicare o el plan Medicare Advantage?

Sí  No

¿Ha presentado una queja o reclamo ante su plan de salud?

Sí  No

¿Desea recibir pago por un servicio que ya recibió?

Sí  No

- De ser así, anote la(s) fecha(s) de servicio y el nombre del proveedor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Desea recibir autorización para servicios futuros?

Sí  No

¿Necesita ayuda con sus actividades diarias o considera que tiene una discapacidad?

Sí  No

### **SU PROBLEMA DE SALUD**

¿Cuál es su condición médica o el diagnóstico del doctor? (sea específico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento(s)/servicio(s) o medicamento(s) solicita? (sea específico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



¿Su plan de salud estableció que el tratamiento que desea...? (marque una):

- No es medicamento necesario       Se realiza por motivos experimentales o de investigación
- No es una emergencia/no es urgente       Otro

Si otro, por favor describa \_\_\_\_\_

Anote el nombre y el teléfono de su doctor de atención primaria y de otros proveedores que lo hayan visto, tratado o informado de su condición.

---

---

---

---

¿Ha visto a proveedores que no están dentro de su red en relación con esta condición?

- Sí     No

- De ser así, incluya los registros médicos con este formulario.

### INFORMACIÓN DE RECLAMO/APELACIÓN

Describa brevemente el problema que tiene con su plan. Por ejemplo, explique si es el problema es acerca de un tratamiento denegado, un reclamo no pagado, problemas para obtener una cita o medicamento, o si el plan canceló su cobertura.

---

---

---

---

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Solicito al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) que tome una decisión acerca del problema que tengo con mi plan. Solicito al DMHC que revise mi formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente para que determine si mi queja reúne los requisitos para una IMR o para el proceso de quejas de los consumidores del DMHC. Autorizo a mis proveedores, pasados y presentes, y a mi plan a divulgar mi información y registros médicos para que revisen este asunto. Estos registros podrían incluir informes médicos, de salud mental, abuso de sustancias, VIH, diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi caso. Estos registros podrían también incluir registros no médicos y cualquier información relacionada con mi caso. Autorizo a DMHC a que revise estos registros e información y a que los envíe a mi plan. Mi autorización caducará en un año a partir de la fecha que se indica a continuación, a excepción de lo que permita la ley. Por ejemplo, la ley permite al DMHC continuar usando mi información internamente. Puedo revocar mi autorización más pronto si así lo deseo. Toda la información que proporcioné en esta hoja es verdadera.

Leí y estoy de acuerdo con la declaración anterior para divulgar información médica.

## PARA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA SOLAMENTE

Se le pide que proporcione la siguiente información de manera voluntaria. Proporcionar esta información ayudará a DMHC a identificar cualquier patrón de los problemas. El artículo 1374.30 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code) autoriza al DMHC a que obtenga esta información para fines de investigación y estadística. Proporcionar esta información es opcional y no afectará de ninguna manera la decisión sobre la IMR o la queja.

Idioma principal que habla \_\_\_\_\_

Raza/Grupo étnico \_\_\_\_\_

## FIRME Y ENVÍE

declaro que:

1. Soy la persona identificada en la información anterior.
2. Estoy solicitando una revisión médica independiente con el Department of Managed Health Care.
3. La información introducida es correcta a lo mejor de mi conocimiento.
4. Yo entiendo que la falsificación de registros o informaciones presentadas a el Department of Managed Health Care podría estar sujeto a responsabilidad administrativa, civil o penal.

Estoy de acuerdo en que el Department of Managed Health Care tendrá en cuenta que yo he firmado mi solicitud de revisión médica independiente.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y acepto al "Firmar y Enviar" declaración anterior.

Fecha \_\_\_\_\_



## DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW LA DISCRIMINACIÓN ES UN ACTO CONTRA LA LEY

Inland Empire Health Plan (IEHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. IEHP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

### IEHP:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact IEHP Member Services at 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

If you believe that IEHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Civil Rights Coordinator  
Inland Empire Health Plan  
10801 Sixth Street, Suite 120  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
**Telephone:** 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)  
**Fax:** 1-909-890-5748  
**Email:** [CivilRights@iehp.org](mailto:CivilRights@iehp.org)

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



## DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW LA DISCRIMINACIÓN ES UN ACTO CONTRA LA LEY

Inland Empire Health Plan (IEHP) cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. IEHP no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

IEHP:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas que prefieren comunicarse en un idioma diferente al inglés, como los siguientes servicios:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

Si considera que IEHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles:

Civil Rights Coordinator

Inland Empire Health Plan

10801 Sixth Street, Suite 120

Rancho Cucamonga, CA 91730

**Teléfono:** 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)

**Fax:** 1-909-890-5748      **Correo electrónico:** [CivilRights@iehp.org](mailto:CivilRights@iehp.org)

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de queja en el sitio web

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



# DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW LA DISCRIMINACIÓN ES UN ACTO CONTRA LA LEY

## ARABIC

يلتزم IEHP بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-273-4347 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-718-4347).

## ARMENIAN

IEHP-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների մասին գործող դաշնային օրենքներին և խտրականություն չի ցուցաբերում՝ ցեղի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԷՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-877-273-4347 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-718-4347):

## CHINESE

IEHP 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-273-4347 (TTY : 1-800-718-4347)。

## FARSI

IEHP از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می کند و هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قابل نمی شود. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید.

## HINDI

IEHP लागू होने योग्य संघीय नागरिक अधिकार क़ानून का पालन करता है और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता, या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है। ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें।

## HMONG

IEHP ua raws cov kev cailij choj pej xeem uas yuam siv ntawm Tsom Fwv Teb Chaw (Federal civil rights laws) thiab tsis muaj kev ntxub ntxaug vim yog ibhom neeg, cev nqaij tawv, neeg keeb kwm hauv lub teb chaws, hnuv nyoog laus hluas, kev tsis taus, los sis txiv neeg los yog poj niam. LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus hmoob pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

## JAPANESE

IEHP は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害または性別に基づく差別をいたしません。注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-273-4347 (TTY:1-800-718-4347) まで、お電話にてご連絡ください。

## KHMER

IEHP ប្រតិបត្តិការច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលនៃរដ្ឋបាលសហព័ន្ធជាធរមាន និងមិនរើសអើង យោងទៅលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សំបុរ ដើមកំណើត អាយុ ភាពពិការ ឬភេទ ឡើយ។ ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។



# DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW LA DISCRIMINACIÓN ES UN ACTO CONTRA LA LEY

## KOREAN

IEHP은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)번으로 전화해 주십시오.

## PUNJABI

IEHP, ਲਾਗੂ ਫੈਡਰਲ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਪੰਗਤਾ, ਜਾਂ ਸੈਕਸ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## RUSSIAN

IEHP соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-273-4347 (линия TTY: 1-800-718-4347).

## TAGALOG

Sumusunod ang IEHP sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

## THAI

IEHP ได้ปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญที่ห้ามการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นเหตุแห่งชาติพันธุ์ ศีลวิ เชื้อชาติ อายุ ความพิการ หรือเพศ

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

## LAO

IEHP ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍອ່າວ ວຍສົດທິພົນລະເມືອງຂອງຣັຖບານກາງທິ ບັງຄັບໃຊ້ ແລະບໍ່ຈຳແນກໂດຍອົງໃສ່ ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີ່ຜົວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ. ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັ້ນຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

## VIETNAMESE

IEHP tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).