



DualChoice

Este formulario se usa para hacer sugerencias, presentar una queja formal o una apelación sobre cualquier aspecto de la atención médica o del servicio que se le proporcione. A IEHP DualChoice **se le exige por ley** que responda a sus quejas o apelaciones, y existe un procedimiento detallado para resolver estas situaciones. Si tiene alguna pregunta, por favor, no dude en llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al **1-877-273-IEHP (4347)** o al **1-800-718-4347 (TTY)**, 8am - 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. La información de contacto de Servicios para Miembros de IEHP DualChoice también puede encontrarse en su Tarjeta de IEHP DualChoice. Como Miembro de IEHP DualChoice, usted tiene derecho a presentar una queja en contra de IEHP DualChoice o sus proveedores sin temor a represalias de parte de IEHP DualChoice, su Doctor o cualquier otro proveedor.

Por favor, escriba con letra de molde o a máquina la siguiente información:

Nombre del Miembro (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º Nombre) _____		Número de TARJETA DE ID. de IEHP _____
Domicilio del Miembro _____		Número de Teléfono Particular _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____		Número de Teléfono del Trabajo o de Mensajes _____
Número de Medicare _____	Hombre/Mujer _____	Fecha de Nacimiento _____

Representante Autorizado: Si la queja es presentada por otra persona que no sea el Miembro, por favor, revise la sección llamada "Quién puede presentar una Apelación" y brinde la siguiente información:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el Miembro: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Naturaleza de la queja:

¿DÓNDE OCURRIÓ EL INCIDENTE? (NOMBRE DEL HOSPITAL, DOCTOR U OTRA UBICACIÓN) _____

¿CUÁNDO SUCEDIÓ? (SI NO SABE CON CERTEZA, PROPORCIONE UNA FECHA APROXIMADA) _____

¿QUIÉN PARTICIPÓ? _____

POR FAVOR, DESCRIBA LO QUE SUCEDIÓ. (ADJUNTE COPIAS DE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL, SI ES NECESARIO) _____

Por favor, firme y ENVÍE POR CORREO O FAX ESTE FORMULARIO A: IEHP DUALCHOICE
Attn: Appeal and Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
Fax: **(909) 890-5748**. Si tiene preguntas, llame al **1-877-273-IEHP (4347)** o al **1-800-718-4347 TTY**, 8am - 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

Fecha _____ **Firma del Miembro** _____

Fecha _____ **Firma del Representante** _____

Es posible que usted tenga derecho a presentar una apelación

Para ejercer sus derechos a apelar, presente su apelación por escrito dentro de los 60 días consecutivos a partir de la fecha de su aviso de denegación original. Su plan puede otorgarle más tiempo si tiene un buen motivo para no cumplir el plazo.

¿Quién Puede Presentar una Apelación?

Usted o alguien que usted designe para actuar en su nombre (su **representante autorizado**) pueden presentar una apelación. Usted puede designar a un pariente, amigo, defensor, abogado, doctor o cualquier otra persona para que actúe en su nombre. Es posible que otros, no mencionados anteriormente, ya estén autorizados conforme a la ley Estatal para actuar en su nombre.

Para saber cómo designar a su representante autorizado, puede llamarnos al **1-877-273-IEHP (4347)**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, por favor, llámenos al TTY/ TDD **1-800-718-4347**, 8am - 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

Si desea que alguien actúe en su nombre, usted y su representante autorizado deben firmar, fechar y enviarnos la página 1 de este formulario, que servirá como declaración de la designación de dicha persona para que actúe en su nombre.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación, llame a su plan o consulte su Evidencia de Cobertura.

Hay Dos Clases de Apelaciones que Usted Puede Presentar:

Estándar (30 días) - Puede solicitar una apelación estándar. Su plan debe informarle de la decisión en un lapso de 30 días como máximo después de que reciba su apelación. (Su plan puede extender este período hasta 14 días si usted solicita una extensión o si su plan necesita información adicional y la extensión le beneficia a usted.)

Rápida (Revisión en 72 horas) - Puede solicitar una apelación rápida si usted o su doctor consideran que esperar demasiado tiempo para obtener una decisión podría afectar gravemente su salud. Su plan debe informarle de la decisión sobre una apelación rápida en un lapso de 72 horas como máximo después de que reciba su apelación. (Su plan puede extender este período hasta 14 días si usted solicita una extensión o si su plan necesita información adicional y la extensión le beneficia a usted.)

- Si un doctor solicita una apelación rápida por usted, o le brinda el respaldo requerido para solicitarla, y el Doctor indica que una espera de 30 días podría afectar gravemente su salud, su plan automáticamente le otorgará una apelación rápida.
- Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de un doctor, su plan decidirá si su salud requiere una apelación rápida. Si su plan no le otorga una apelación

rápida, su plan tomará una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días.

¿Qué Debo Incluir Junto con Mi Apelación?

Debe incluir su nombre, domicilio, número de identificación Miembro, los motivos por los que apela y cualquier prueba que desee adjuntar. Puede enviar como respaldo los registros médicos, cartas de doctores u otra información que explique por qué su plan debe darle el servicio.

Llame a su doctor si necesita esta información para que le ayude con su apelación. Puede enviar esta información por correo o presentarla personalmente si lo desea.

¿Cómo Presento una Apelación?

Para una Apelación Estándar: Usted o su representante autorizado deben enviar por correo o entregar en persona su apelación escrita a su plan de salud en el domicilio que se indica en el Formulario de Apelación y Queja Formal para Miembros de Planes Medicare Advantage de California.

Para una Apelación Rápida: Usted o su representante autorizado deben comunicarse con nosotros por teléfono o por fax usando la información de contacto del plan que se indica en el Formulario de Apelación y Queja Formal para Miembros de Planes Medicare Advantage de California.

¿Qué Sucede Después? Si presenta una apelación, su plan revisará nuestra decisión. Después de que su plan revise nuestra decisión, si alguno de los servicios que usted solicitó se sigue denegando, Medicare le dará una nueva revisión imparcial de su caso de parte de un revisor externo a su Organización de Medicare Advantage. Si usted no está de acuerdo con esa decisión, tendrá más derechos a apelar. Si esto sucede, se le informará sobre tales derechos de apelación.

Otra Información de Contacto:

Si necesita información o ayuda, llámenos al:

Número Gratuito: **1-877-273-IEHP (4347)**

TTY: **1-800-718-4347**

De 8am - 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

Otros Recursos que le Brindan Ayuda:

Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center), Número Gratuito: **1-888-HMO-9050**

Servicio de Localización de Cuidado para Personas Mayores (Elder Care Locator), Número Gratuito: **1-800-677-1116**

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY/TTD: **1-877-486-2048** las 24 horas del día, los 7 días de la semana

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.