

<<IPA>>

<<Date>>

<<Member Name>>  
<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>  
<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

## Carta sobre la Decisión de Cobertura

Identificación del Plan de Salud del Miembro: <<Member ID>>

Servicio/artículo del que trata esta carta:

Número de Referencia:

En esta carta, nos referimos a IEHP DualChoice (HMO D-SNP) como “nuestro plan” o “nosotros”. Somos un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar la cobertura de ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de Medicare y Medi-Cal y sus doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica.

### **Nuestro plan denegó el servicio que se indica a continuación:**

*[Insert description of service or item being denied, partially denied, reduced, stopped, or suspended, and include doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item.]*

Nuestro plan tomó esta decisión porque *[Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the service/item was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision. Write rationale in plain language – see instructions for more information].*

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

Usted puede apelar la decisión de nuestro plan. Muestre esta carta a su proveedor de atención médica y pregúntele cuáles son los próximos pasos. Si usted apela y nuestro plan cambia su decisión, podríamos pagar el servicio.

También puede llamar al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) para pedirnos una copia gratuita de la información que usamos para tomar nuestra decisión. Esto puede incluir registros médicos, pautas y otros documentos. Debe mostrar esta información a su proveedor de atención médica para que le ayude a decidir si debe apelar.

**Usted debe apelar antes de** *[Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text]*. Nuestro plan podría otorgarle más tiempo si usted tiene un buen motivo.

## Hay dos clases de apelaciones

**Nuestro plan tiene dos clases de apelaciones: apelaciones estándar y apelaciones rápidas.**

1. Si usted solicita una **apelación estándar**, nuestro plan le enviará una decisión escrita dentro de los **30 días consecutivos después de que recibamos su apelación**.
2. Si usted solicita una **apelación rápida**, nuestro plan le enviará una decisión dentro de las **72 horas después de que recibamos su apelación**. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su proveedor de atención médica consideran que esperar un plazo de hasta **30 días consecutivos** para obtener una decisión podría **dañar gravemente** su salud.  
**Nota:** No puede obtener una apelación rápida si nuestro plan denegó el pago de un servicio que ya recibió.

Nuestro plan le concederá **automáticamente** una apelación rápida si su **proveedor de atención médica la solicita para usted** o si su **proveedor de atención médica respalda su solicitud**. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su proveedor de atención médica, nuestro plan decidirá si usted puede obtener una apelación rápida. Si nuestro plan no aprueba una apelación rápida, le comunicaremos la decisión sobre su apelación dentro de los **30 días consecutivos**.

Tanto para las apelaciones estándar como para las rápidas, nuestra decisión podría tardar más tiempo si usted pide más tiempo o si necesitamos que nos proporcione más información. Nuestro plan le enviará una carta y le dirá si necesitamos más tiempo y por qué.

## Cómo apelar

Las personas que pueden apelar son usted, otra persona que usted haya nombrado por escrito como su representante para que actúe en su nombre (por ejemplo, un familiar, un amigo o un abogado) o su proveedor de atención médica. Puede ponerse en contacto con nuestro plan para apelar de una de estas maneras:

- **Por teléfono:** Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-4347 (TTY:#1-800-718-4347)
- **Por fax:** Envíe un fax al 909-890-5748

- **Por correo:** Envíela a IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987
- **En persona:** Entréguela a 10801 6<sup>th</sup> Street, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987

Si apela por escrito, conserve una copia. Si llama, le enviaremos una carta con lo que nos haya dicho por teléfono.

Cuando apele, debe dar a nuestro plan:

- Su nombre
- Su domicilio o un domicilio al que le debamos enviar información sobre su apelación (si no tiene un domicilio actual, puede apelar igual)
- Su número de miembro de nuestro plan
- El o los motivos por los que apela nuestra decisión
- Si desea una apelación estándar o una apelación rápida. (Si es una apelación rápida, díganos por qué la necesita).
- Cualquier cosa que desee que nuestro plan examine y que demuestre por qué necesita el servicio. Por ejemplo, puede enviarnos:
  - Registros médicos de su proveedor de atención médica,
  - Cartas de su proveedor de atención médica (como una declaración de su proveedor de atención médica que diga por qué necesita una apelación rápida), u
  - Otra información que indique por qué necesita el servicio.

Para obtener más información sobre cómo apelar, llame a Servicios para Miembros al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). También puede encontrar más información en la Evidencia de Cobertura de nuestro plan. Hay una copia actualizada de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web [www.iehp.org](http://www.iehp.org) o bien, puede llamar a nuestro plan.

### **Cómo seguir recibiendo su servicio durante la apelación**

Si ya está recibiendo el servicio indicado en la primera página de esta carta, puede pedir seguir recibéndolo durante su apelación.

- **Debe apelar y pedir a nuestro plan seguir recibiendo su servicio en un plazo de 10 días consecutivos a partir de la fecha de este aviso.**
- Consulte la sección “Cómo apelar” más arriba en esta carta para saber cómo ponerse en contacto con nuestro plan.

- Si solicita a nuestro plan la continuidad de su servicio, el servicio seguirá siendo el mismo durante su apelación.
- Si su proveedor de atención médica presenta la apelación en su nombre y usted quiere seguir recibiendo su servicio, entonces su proveedor de atención médica debe incluir su consentimiento por escrito.

## Qué sucede después

Después de su apelación, nuestro plan le enviará una carta sobre la decisión de la apelación para informarle si la aprobamos o la denegamos. Si nuestro plan sigue denegando el pago del servicio indicado en la primera página de esta Carta sobre la Decisión de Cobertura, la carta sobre la decisión de la apelación le indicará lo que debe hacer a continuación, por ejemplo, incluirá información sobre una apelación de Nivel 2 de Medicare o cómo solicitar una Audiencia Estatal al Departamento de Servicios Sociales del Estado de California.

## Qué hacer si necesita ayuda con su apelación

Puede conseguir que otra persona apele por usted y actúe en su nombre. Primero, debe nombrar a tal persona por escrito como su “representante” siguiendo los pasos que se indican a continuación. Su representante puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico, un profesional de atención médica o cualquier otra persona de su confianza.

Si desea que otra persona apele en su nombre:

- Llame a nuestro plan al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) para saber cómo nombrar a esa persona como su representante. O bien, puede visitar [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me).
- Usted y su representante deben firmar y fechar una declaración que diga que eso es lo que usted desea.
- Envíenos la declaración firmada por correo o por fax a:

IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga,  
CA 91730

Fax: 909-890-5748

- Conserve una copia.

## Obtener ayuda y más información

- **Servicios para Miembros de IEHP DualChoice:** Llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. También puede visitar [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

- Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud (*Department of Health Care Services, DHCS*) de California: Llame al 1-888-452-8609. La Oficina del Defensor de los Beneficiarios puede responder preguntas si usted tiene un problema con su apelación. También pueden explicarle los próximos pasos. No tienen ningún tipo de relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios que ofrecen son gratuitos.
- **Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*) de California:** Llame al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Los asesores de HICAP pueden ayudarle con los asuntos de Medicare, incluso cómo apelar. HICAP no tiene ningún tipo de relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios que ofrecen son gratuitos.
- **Medicare:** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov).
- **Medi-Cal:** Llame al 1-800-541-5555 (TTY: 711).
- **Centro de Derechos de Medicare (*Medicare Rights Center*):** Llame al 1-800-333-4114, o visite [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org).
- **Servicio de Localización de Cuidado para Personas Mayores (*Elder Care Locator*):** Llame al 1-800-677-1116, o visite [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) para buscar ayuda en su comunidad.

---

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

*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.*