

<IPA LOGO>

## AVISO DE TÉRMINO DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

<<Date>>

<<Member Name>>

<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>

<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

<b>Fecha de nacimiento:</b>	[Member DOB]
<b>Número de identificación del Miembro:</b>	[Member ID]
<b>Plan de salud:</b>	Inland Empire Health Plan
<b>Proveedor solicitante:</b>	[Requesting Provider Name]
<b>Proveedor solicitado:</b>	[Servicing Provider Name]
<b>Número de autorización/precertificación:</b>	[Authorization or Referral #]

<<Member Name>>:

Le enviamos esta carta para recordarle que la continuidad de la atención (es decir, permanecer con un proveedor fuera de nuestra red durante doce meses a partir de la fecha en que se inscribe a IEHP) con <<servicing provider name>> para <<service category>> terminará el <<procedure grid end date>>.

Trabaje con su Proveedor de Cuidado Primario para continuar este servicio, si es necesario, con uno de nuestros especialistas dentro de la red.

Si tiene alguna duda o inquietud, llame a <<IPA>> al <<IPA phone number>>.

Atentamente,

IEHP

CC: [Requesting Provider]  
[Servicing Provider]  
[PCP]

**Proveedor solicitado:** el servicio se aprueba únicamente si el Miembro es elegible en el momento del servicio. Puede revisar esto en línea en <http://www.iehp.org> o llamando al (909) 890-3800 (respuesta interactiva de voz [Interactive Voice Response, IVR]) o al (888) 440-4340 (teléfono).

## **Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud (DHCS) de California**

Para obtener ayuda con Medi-Cal, puede llamar a la Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud (*Department of Health Care Services, DHCS*) de California al **1-888-452-8609**, de lunes a viernes, de 8:00am a 5:00pm, excepto los días festivos. La Oficina del Defensor de los Beneficiarios ayuda a las personas con Medi-Cal a comprender sus derechos y responsabilidades.

## **Departamento de Administración de Servicios Médicos de California**

Si usted ha estado recibiendo atención médica por parte de un proveedor de atención médica, es posible que tenga derecho a conservar a su proveedor durante un periodo designado. Llame a Servicios para Miembros de IEHP y, si tiene alguna pregunta, comuníquese por teléfono con el **Departamento de Administración de Servicios Médicos** (el cual protege a los clientes) al número gratuito **1-888-466-2219** o al número TTY para las personas con dificultades auditivas y del habla al **1-877-688-9891**, o en línea en [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).