

**Insert Your Logo Here**

**Importante:** Este aviso explica su derecho a apelar nuestra decisión. Lea este aviso detalladamente. Si necesita ayuda, puede llamar a uno de los números que aparecen al final en la sección “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 *<denegado, interrumpido, reducido, suspendido>* el medicamento de la Parte B que aparecen a continuación solicitado por usted o su proveedor:

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

Hemos *<denegado, detenido, reducido, suspendido>* el medicamento de la Parte B mencionado anteriormente porque *<Provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage (Member Handbook) provisions to support decision>*:

*<Where the plan has determined that the drug is covered under Medicare Part D, insert the following text: Esta solicitud se denegó bajo su beneficio de la Parte B de Medicare; sin embargo, la cobertura o el pago de los medicamentos solicitados se aprobó bajo la Parte D de Medicare. <Insert, as applicable, an explanation of the conditions of approval in a readable and understandable format>. Si cree que la Parte B de Medicare le debe cubrir este medicamento, puede presentar una apelación.>*

Debe entregar 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, le enviamos a él una copia de esta decisión.

## Usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión

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

Solicite a IEHP DualChoice una Apelación de Nivel 1 dentro de los **60 días del calendario** posteriores a 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 a nivel del plan.

**Cómo conservar sus servicios mientras revisamos su caso:** si nuestra decisión es interrumpir o reducir un servicio, usted puede seguir obteniendo el servicio mientras se revisa su caso. **Si desea continuar con el servicio, debe presentar una apelación dentro de los 10 días del calendario** posteriores a la fecha de este aviso o antes de que el servicio se interrumpa o reduzca, lo que sea posterior.

## Si desea que otra persona actúe en su nombre

Usted puede designar a un familiar, 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), 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 usted desea que actúe por usted deben firmar y fechar una declaración que indique que usted así lo desea. 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 en un plazo de **7 días del calendario** después de recibir su apelación. Nuestra decisión podría demorar más si solicita una extensión o si necesitamos más información sobre su caso. Le informaremos si estamos tomando un periodo de tiempo adicional y le explicaremos por qué se necesita más tiempo. Si su apelación es por el pago de un servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B o medicamento de Medi-Cal que ya recibió, le comunicaremos una decisión por escrito dentro de los siguientes **60 días del calendario**.

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

**Paso 1:** Usted, su representante o su proveedor deben solicitar una apelación en un plazo de **60 días del calendario** a partir de que reciba este aviso.

Su solicitud por [escrito](#) debe incluir:

- Su nombre
- Domicilio
- Número de Miembro
- Motivos por los que apela
- Cualquier evidencia que desee que revisemos, como registros médicos, cartas de los doctores u otra información que explique por qué necesita el medicamentos de la Parte B. 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 los criterios que usamos para tomar nuestra decisión, sin costo alguno para usted.

**Paso 2:** Entregue su apelación personalmente o por correo, fax o llámenos.

<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)
	Usuarios de TTY:	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 sigue?

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

Si el servicio fue originalmente un servicio de Medicare o un servicio cubierto por Medicare y Medi-Cal, enviaremos su caso a un revisor independiente automáticamente. 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, puede solicitar una **Revisión Médica Independiente** (*Independent Medical Review, IMR*) o una **Audiencia Estatal**. La decisión escrita le dará instrucciones sobre cómo solicitar el siguiente nivel de apelación. A continuación, también se proporciona esta información.

### Cómo solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR)

Puede solicitar una Revisión Médica Independiente para servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal al Departamento de Atención Médica Administrada de California (Departamento). Puede solicitar una IMR si no está de acuerdo con la decisión de IEHP DualChoice sobre la Apelación de Nivel 1 o si IEHP DualChoice no ha resuelto su Apelación de Nivel 1 después de 30 días. En casos especiales, también puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) sin antes apelar ante nuestro plan.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación de Nivel 1 ante IEHP DualChoice antes de solicitar una IMR; sin embargo, es posible que pueda obtener una IMR sin antes apelar ante IEHP DualChoice si:

- Su problema es urgente e implica una amenaza inmediata y grave para su salud.
- IEHP DualChoice denegó un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque es experimental o de investigación.

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

**Cómo solicitar una IMR.** Conteste el Formulario de Quejas/Revisión Médica Independiente en línea disponible en [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) o puede contestar el formulario de solicitud de IMR impreso, que se incluye con este aviso y enviarlo a:

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

Si elige hacerlo, puede adjuntar copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que denegamos. Si lo hace, envíe copias de los documentos, no los originales. Es posible que el Centro de Ayuda del Departamento no pueda devolver todos los documentos originales.

Usted o su representante deben solicitar una IMR dentro de los **6 meses** posteriores de que le enviemos una decisión por escrito. Sin embargo, el Departamento puede extender el plazo de 6 meses por razones justificadas; por ejemplo, si usted tenía una condición médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o si no recibió una notificación adecuada del proceso de IMR.

Llame al **Departamento de Atención Médica Administrada de California** (*California Department of Managed Health Care, DMHC*) **sin cargo al 1-888-466-2219** para obtener ayuda gratuita. El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-877-273-IEHP (4347)** y usar el proceso de quejas 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 formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja formal que haya permanecido sin resolverse durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar ayuda. También usted podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que sean experimentales o de investigación y las disputas de pago por servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición y del habla. El sitio web de Internet del Departamento **www.dmhc.ca.gov** tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

### ¿Qué sigue?

Si califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los siguientes 7 días del calendario para informarle que califica para una IMR. Después de que se reciba su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de IMR se tomará dentro de los siguientes 30 días del calendario. Debe recibir la decisión de la IMR dentro de los 45 días del calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en un plazo de 2 días del calendario para informarle que califica para una IMR. Después de que se reciba su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de la IMR se tomará dentro de los siguientes 3 días del calendario. Debe recibir la decisión de la IMR dentro de los 7 días del calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa.

La IMR puede demorar más si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de su parte o de su doctor tratante. Si está recibiendo atención de un doctor que no está en la red de su plan de salud, es importante que le pida sus registros médicos y nos los envíe. Su plan de salud debe obtener copias de sus registros médicos de parte de los doctores que pertenecen a la red.

Serán doctores que no forman parte de IEHP DualChoice los que revisarán su caso. El DMHC le enviará una carta para explicarle la decisión. Si la decisión de la IMR es a su favor, IEHP DualChoice debe proporcionarle el servicio o el tratamiento que usted solicitó. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una Audiencia Estatal siempre que no haya tenido una Audiencia Estatal sobre el mismo asunto.

Si usted no califica para una IMR, su asunto será revisado a través del proceso de quejas estándar del DMHC. Usted 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 emprender acción legal 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. Usted únicamente puede solicitar una audiencia estatal después de haber apelado a nuestro plan de salud y recibido una decisión por escrito con la que no está de acuerdo. Tenga en cuenta que, si tiene una audiencia estatal, no podrá solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR).

**Paso 1:** Usted o su representante deben solicitar una Audiencia Estatal en un plazo de **120 días** a partir de la fecha de nuestra notificación de que se ha confirmado la determinación adversa respecto a los beneficios (decisión de apelación de nivel 1). Responda el "Formulario para Presentar una Audiencia Estatal" (*Form to File a State Hearing*) que se incluye en el aviso de decisión de la apelación. Asegúrese de incluir toda la información solicitada.

**Paso 2:** Envíe su formulario completo 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 llamando al 1-800-952-5253 (TTY: 1-800-952-8349). Si decide realizar la solicitud por teléfono, debe saber que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

## **¿Qué sigue?**

El Estado llevará a cabo una audiencia. Usted puede presenciar la audiencia en persona o escucharla por teléfono. Se le solicitará a usted que 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 envió una copia de este aviso a: [\*<insert name>\*](#).

## **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 **Departamento de Atención Médica Administrada de California** para obtener ayuda gratuita para entender sus derechos y la información sobre el proceso de quejas y la Revisión Médica Independiente (IMR) al 1-888-466-2219.
- Llame a **Health Consumer Alliance** para obtener ayuda gratuita con su atención médica al 1-888-804-3536.
- Llame al **Programa de Defensoría de los Beneficiarios de Cal MediConnect** (*Cal MediConnect Ombuds Program*) para obtener ayuda gratuita. El Programa de Defensoría de los Beneficiarios de Cal MediConnect 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** al 1-800-333-4114.
- 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 está vinculado con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
- Hable con **su doctor o algún otro proveedor**. Su doctor o algún otro proveedor 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.

---

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

Usted puede solicitar esta información en otros formatos, como impresión con letra grande, Braille o audio. 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 deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

## Formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente (IMR)

### INFORMACIÓN IMPORTANTE

Puede presentar su formulario de queja/solicitud de IMR en línea en: [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ **GRATIS:** El proceso de solicitud de IMR y de presentación de quejas de parte de los consumidores es gratis.
- ❖ **RÁPIDO:** Las IMR generalmente se deciden dentro de 45 días o dentro de 7 días si el asunto de salud es urgente.
- ❖ **EXITOSO:** Aproximadamente el **60 por ciento** 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.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino   
Otro

Nombre del padre o tutor si el solicitante es menor de edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono principal \_\_\_\_\_ Teléfono secundario \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Desea que le envíen mensajes/correspondencia a este correo electrónico?  Sí  No  
(Si marcó sí, necesitará crear una contraseña para una comunicación segura a través del correo electrónico cuando usted reciba uno de nuestra parte.)

Nombre del plan de salud \_\_\_\_\_ Núm. de membresía del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del grupo médico (si está en uno) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

¿Desea que alguien lo ayude con su queja?  Sí  No

De ser así, llene el 'Formulario de asistente autorizado' adjunto.

¿Tiene Medi-Cal?  Sí  No

De ser así, ¿ha presentado una petición de audiencia imparcial estatal?  Sí  No

¿Tiene Medicare o Medicare Advantage?  Sí  No

¿Ha presentado una queja o reclamo ante su plan de salud?  Sí  No

¿Desea recibir un pago por un servicio de atención médica que ya recibió?

Sí  No

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

**SU PROBLEMA DE SALUD** (Use una hoja aparte y adjunte otros documentos de ser necesario)

¿Desea que su plan de salud pague servicios futuros?

Sí  No

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

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

¿Su plan de salud le negó, retrasó o modificó su tratamiento?

Si fue así, marque la razón que le dieron: (marque una opción):

No es medicamento necesario

Es experimental o de investigación

No es una emergencia/no es urgente

No es un beneficio cubierto

Otro (explicar a continuación)

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.

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

**Divulgación de información médica**

Solicito al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Departamento) que tome una decisión acerca del problema que tengo con mi plan de salud. Solicito al Departamento 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 queja del consumidor del Departamento. 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 al Departamento 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 Departamento 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.



Nombre del paciente o padre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Consulte la hoja de instrucciones para obtener la información para el envío por correo o fax.**

*PARA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA*

Se le pide que proporcione la siguiente información de manera voluntaria. Proporcionar esta información ayudará al Departamento a identificar cualquier patrón de los problemas. El artículo 1374.30 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code) autoriza al Departamento 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: \_\_\_\_\_

¿Desea que nos comuniquemos con usted/le enviemos mensajes en su idioma principal? Sí

Raza/origen étnico: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

- Si desea dar permiso a otra persona para que lo asista con su queja o revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR), llene las partes A y B a continuación
- Si es un padre o tutor legal que presenta este formulario de queja/IMR en nombre de un menor de 18 años, no necesita llenar este formulario.
- Si presenta esta queja o solicitud de IMR en nombre de un paciente que no puede llenar este formulario debido a que es incompetente o tiene una discapacidad, y si usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este paciente, llene la parte B solamente. Además, adjunte una copia de la carta poder para tomar decisiones de atención de salud u otros documentos que digan que usted puede tomar decisiones en nombre del paciente.

### PARTE A: COMPLETADA POR EL PACIENTE

Autorizo a la persona mencionada en la parte B a continuación para que me asista con la queja o solicitud de IMR que presenté ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (Departamento). Autorizo al personal del Departamento y la IMR a que compartan la información sobre mi(s) condición(es) y atención médicas con la persona mencionada a continuación. Esta información podría incluir tratamientos de salud mental, tratamientos y pruebas de VIH, tratamientos de alcoholismo o drogadicción u otra información de atención de salud.

Entiendo que sólo se compartirá la información relacionada con mi queja o IMR.

Mi autorización para esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a anularla. Si deseo anularla, tengo que hacerlo por escrito.

Nombre del paciente (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PARTE B: COMPLETADA POR LA PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste al paciente (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_

Teléfono secundario \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Mi carta poder para tomar decisiones de atención de salud u otro documento legal está incluida.

## FORMULARIO DE QUEJA/SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Si tiene preguntas, llame al Departamento al 1-888-466-2219 o TDD al 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.

**Antes de presentar el formulario:**

En la mayoría de los casos, debe agotar el proceso de quejas o reclamaciones de su plan de salud antes de presentar una queja o solicitud de IMR ante el Departamento. Su plan de salud debe proporcionarle una decisión en un plazo de 30 días o de 3 días en caso de que su problema represente una amenaza seria e inmediata para su salud.

Si su plan de salud le negó el tratamiento debido a que era experimental/de investigación, usted no debe participar en el proceso de quejas o reclamaciones de su plan de salud antes de presentar una solicitud de IMR.

Debe solicitar una IMR dentro de un plazo de seis meses a partir de que su plan de salud le envíe una respuesta por escrito referente a su apelación. Usted todavía puede presentar su solicitud después de seis meses si hubo circunstancias especiales que evitaron que la presentara de forma oportuna. Tenga en cuenta que, si decide no presentar una queja ante el Departamento por un asunto que reúne los requisitos para una IMR, podría renunciar a su derecho a emprender acciones legales contra su plan en relación con el servicio o tratamiento que está solicitando.

**Cómo presentar el formulario:**

- 1) Preséntelo en línea en [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). **Esta es la manera más rápida.**

o

Llene y firme el formulario de queja/solicitud de IMR. Use el sobre que viene con el formulario.

- 2) Si desea que alguien lo ayude con su queja o IMR, llene el 'Formulario de asistente autorizado'. Tanto usted como su asistente autorizado deben firmar el formulario.
- 3) Si tiene registros médicos de proveedores **fuera de la red**, inclúyalos con su formulario de queja/solicitud de IMR. Su plan proveerá los registros médicos de los proveedores dentro de la red.
- 4) Puede incluir otros documentos que apoyen su solicitud. Sin embargo, no es necesario proveer ningún documento o carta entre usted y su plan en relación con su queja. El Departamento obtendrá esta información directamente de su plan como parte de la investigación.
- 5) Si no hace su presentación en línea, envíe su formulario y todos los documentos de apoyo por correo postal o fax a:

Department of Managed Health Care Help Center  
980 9th Street Suite 500  
Sacramento CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

**¿Qué sucederá a continuación?**

El Departamento determinará si su caso reúne los requisitos para una IMR o una queja. Un caso reúne los requisitos para una IMR si los servicios de atención médica se retrasaron, modificaron o denegaron con base en una necesidad médica o por ser experimentales/de investigación.

Los casos que no reúnen los requisitos para una IMR se procesan a través del proceso de queja del consumidor. Estos casos implican asuntos como la negación de un servicio de atención médica por no ser un beneficio cubierto, las disputas por el pago de una reclamación, la cancelación de la cobertura, la calidad de la atención y el deducible/los gastos de bolsillo. El Departamento le enviará una carta dentro de un plazo de siete días informándole si reúne los requisitos para una IMR. Si el Departamento decide que su queja reúne los requisitos para una IMR, su caso se asignará a un contratista estatal que llevará a cabo la revisión. Al contratista estatal también se le conoce como una organización de revisión médica independiente. Toda la información que el Centro de Ayuda ha relacionado con su queja, incluyendo sus registros médicos, se enviará a la organización de revisión. La organización de revisión tomará una decisión, generalmente dentro de un plazo de 45 días o dentro de siete días si su caso es urgente. El Departamento le enviará una carta con la decisión.

Si el Departamento decide que su queja debe revisarse mediante el proceso de Queja del Consumidor, se tomará una decisión acerca de su asunto dentro de un plazo de 30 días. El Departamento le enviará una carta con la decisión.

La Ley de Prácticas Informativas (Information Practices Act) de 1977 (artículo 1798.17 del Código Civil de California) requiere que se haga la siguiente notificación.

- La Ley Knox-Keene de California otorga al Departamento la autoridad para que regule los planes de salud e investigue las quejas de los miembros de los planes de salud.
- El Centro de Ayuda del Departamento usa su información personal para investigar el problema que tiene con su plan de salud y para concederle una IMR si reúne los requisitos para una.
- Usted proporciona esta información al Departamento de manera voluntaria. Usted no tiene que proporcionar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el Departamento podría ser incapaz de investigar su queja o concederle una IMR.
- El Departamento podría compartir su información personal, según sea necesario, con el plan, los proveedores y la organización de revisión que lleva a cabo la IMR.
- El Departamento podría también compartir su información con otras agencias gubernamentales como lo exija o permita la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, comuníquese con el Coordinador de Solicitudes de Registros del Departamento, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame a 916-322-6727.



**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:

Inland Empire Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator,  
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730  
Tel. 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  
Tel. 1-800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). 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:

Inland Empire Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator,  
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730  
Tel. 1-877-273-4347, (TTY: 1-800-718-4347), Fax: 1-909-890-5748,  
Email: [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.



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

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  
Tel. 1-800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Puede obtener los formularios de queja en el sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

### LANGUAGE ASSISTANCE

#### English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347).

#### Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347).

#### العربية (ARABIC)

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).

#### Հայերեն (ARMENIAN)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ` Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-877-273-4347(TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-718-4347):

#### 繁體中文 (CHINESE)

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)。

#### فارسی (FARSI)

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.

#### हिंदी (HINDI)

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।





## LANGUAGE ASSISTANCE

DualChoice

### Hmoob (HMONG)

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).

### 日本語 (JAPANESE)

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。

### ខ្មែរ (KHMER)

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។

### 한국어 (KOREAN)

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

### ພາສາລາວ (LAO)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ ຮ 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347).

### ਪੰਜਾਬੀ (PUNJABI)

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।

### Русский (RUSSIAN)

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

### TAGALOG (TAGALOG – FILIPINO)

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).

### ภาษาไทย (THAI)

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

### Tiếng Việt (VIETNAMESE)

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).