

**Insert Your Logo Here**

*[Send this notice in all cases where, after considering both Medicare and Medicaid coverage, an MMP denies, or partially denies, a service, item, Part B drug, or Medicaid drug. If an MMP determines that a service, item, Part B drug, or Medicaid drug is covered, for example, under Medicaid but not under Medicare and thus is provided to the member as requested by the member, do NOT send this notice. Under the terms of the three-way contract, such a situation does not constitute a denial or partial denial.]*

**Importante:** Este aviso explica su derecho a apelar nuestra decisión. Lea este aviso cuidadosamente. 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 Cobertura Médica**

**Fecha:**

**Número de Miembro:**

**Nombre:**

**Número de referencia:**

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

#### **Su solicitud fue denegada**

Hemos *<denegado, interrumpido, reducido, suspendido>* el medicamento de la Parte B que aparece a continuación solicitado por usted o su proveedor:

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

Hemos *<denegado, interrumpido, 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 según su beneficio de la Parte B de Medicare; sin embargo, la cobertura o el pago de los medicamentos solicitados se aprobó según 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 derecho a 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 (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 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 consecutivos** 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 recibiendo el servicio mientras se revisa su caso. **Si desea continuar con el servicio, debe presentar una apelación dentro de los 10 días consecutivos** posteriores a la fecha de este aviso o antes de que el servicio se interrumpa o reduzca, lo que ocurra después.

### **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 por la que desea actuar 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.

### **Existen 2 clases de Apelaciones de nivel 1 que puede presentar ante IEHP DualChoice**

**Apelación estándar:** Le comunicaremos una decisión por escrito sobre una apelación estándar dentro de los **7 días consecutivos** después de haber recibido su apelación. Nuestra decisión podría tardar más si solicita una extensión o si necesitamos más información sobre su caso. Le informaremos si estamos tardando más y le explicaremos por qué se necesita más tiempo. Si su apelación es por el pago de un medicamento de la Parte B que ya recibió, le comunicaremos una decisión por escrito en un plazo de **60 días consecutivos**.

**Apelación rápida (acelerada):** Le comunicaremos una decisión sobre una apelación rápida tan pronto como su afección lo requiera y siempre en un plazo de **72 horas** después de recibir su apelación. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su Doctor consideran que esperar a obtener una decisión sobre una apelación estándar podría dañar gravemente su salud.

**Le otorgaremos automáticamente una apelación rápida si un Doctor la solicita en su nombre o si su Doctor respalda su solicitud.** Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de un Doctor, nosotros decidiremos si su solicitud requiere una apelación rápida. Si no le otorgamos una apelación rápida, le comunicaremos una decisión **en un plazo de 7 días consecutivos**.

## **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 consecutivos** a partir de que reciba este aviso.

Su solicitud por escrito debe incluir:

- Su nombre
- Dirección
- Número de Miembro
- Motivos por los que apela
- Si desea una apelación estándar o rápida (para una apelación rápida, explique por qué la necesita).
- Cualquier evidencia que desee que revisemos, como registros médicos, cartas de Doctores (como una declaración de respaldo de un Doctor si usted solicita una apelación rápida), u otra información que explique por qué necesita el medicamento de la Parte B. Llame a su Doctor si requiere 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, 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)
	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.

<b>Para una Apelación rápida:</b>	Teléfono:	1-877-273-IEHP (4347)
	Usuarios de TTY:	1-800-718-4347
	Fax:	909-890-5748

## ¿Qué sigue?

Si solicita una Apelación de nivel 1 y seguimos denegando su solicitud de un servicio, le enviaremos una decisión por escrito.

Si el servicio era 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 era un servicio de Medi-Cal, puede solicitar una **Revisión Médica Independiente (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 (IMR) para servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal al Departamento de Administración de Servicios Médicos 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.** Complete el Formulario de queja/Revisión Médica Independiente en línea disponible en [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) o puede completar 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 afección médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o si no recibió un aviso adecuado del proceso de IMR.

Llame al **Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (Department of Managed Health Care, DMHC)** sin cargo al **1-888-466-2219** para obtener ayuda gratuita.

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar al 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. Utilizar este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de los posibles derechos legales o recursos que puedan estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja formal sobre una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió de manera satisfactoria o una queja formal que no se resolvió en el plazo de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si cumple los requisitos para una IMR, este proceso proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud en cuanto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflictos sobre el pago de servicios médicos de emergencia o 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 o del habla. En el sitio web del departamento, [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov), encontrará formularios para la presentación de quejas, solicitudes 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 consecutivos para informarle que califica para una IMR. Después de que el plan haya recibido su solicitud y los documentos necesarios, la decisión de la IMR se tomará en un plazo de 30 días consecutivos. Usted deberá recibir la decisión de la IMR dentro de los 45 días consecutivos luego de haber presentado la solicitud completa.

Si su caso es urgente y usted califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en un plazo de 2 días consecutivos notificándole que califica para una IMR. Después de que el plan haya recibido su solicitud y los documentos necesarios, la decisión de la IMR se tomará en un plazo de 3 días consecutivos. Debe recibir la decisión de la IMR dentro de los 7 días consecutivos posteriores a la presentación de la solicitud completa.

Una IMR puede tardar más si el DMHC no recibe todos los expedientes médicos necesarios de usted o de su Doctor. Si está acudiendo a un Doctor que no pertenece a la red de su plan de salud, es importante que consiga y nos envíe sus expedientes médicos de dicho Doctor. Es necesario que su plan de salud obtenga copias de sus expedientes médicos de los Doctores de 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. Solo puede solicitar una Audiencia Estatal después de haber apelado ante 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 nuestro aviso de que se confirmó 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 PCP name/requesting Provider name>*.

### Obtener ayuda y más información

- Llame a **IEHP DualChoice** 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. También puede visitar nuestro sitio web en [www.iehp.org](http://www.iehp.org).
- Llame al **Departamento de Administración de Servicios Médicos 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 Cal MediConnect** para obtener ayuda gratuita. El Programa de Defensoría 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. HICAP es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
  - Hable con **su Doctor o algún otro proveedor**. Su Doctor u otro proveedor podrán pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
  - También puede consultar el **Capítulo 9 del *Manual para Miembros*** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- 

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.

Usted puede solicitar esta información en otros formatos, como impresión con letra grande, Braille o audio. Llame al 1-877-273-IEHP (4347), 8 am-8 pm (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.