

<<IPA LOGO>>

<<Date>>

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

Nombre del Miembro: <Member Name>
N.º de ID de Miembro: <Member ID>
Nombre del Plan de Salud: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
N.º de Teléfono del Plan de Salud: 1-877-273-IEHP (4347) o, para usuarios de TTY,
1-800-718-4347
Horario de Atención del Plan de Salud: 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana,
incluidos los días festivos
Nombre del Médico: <PCP>
Servicio Solicitado: <Service>
Fecha y Hora de la Solicitud Acelerada: <MM/DD/YYYY; HH:MM>
Nombre del Médico Tratante: <PCP>

Estimado/a <Member's Name>:

Esperamos que al recibir esta carta se encuentre bien. Le escribimos para responder a su solicitud de determinación acelerada (dentro de las 72 horas del momento en que la presentó) para aprobar los servicios indicados arriba.

Lamentamos decirle que su solicitud no cumple con la definición de “determinación acelerada” de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*). Para obtener una determinación acelerada, deben cumplirse las dos reglas siguientes:

- (1) Usted no debe haber recibido aún la atención médica o el artículo para el que solicita la cobertura. (No puede obtener una determinación acelerada si su solicitud es sobre el pago de atención médica o de un artículo que usted ya recibió).
- (2) El plazo estándar de 14 días calendario afectará gravemente su salud o perjudicará su capacidad de funcionar a fin de obtener una determinación acelerada.

Dado que su solicitud no cumple con ninguna de estas dos condiciones, la hemos enviado al proceso de revisión estándar.

Queremos que sepa que haremos todo lo que esté a nuestro alcance para procesar su solicitud lo antes posible, y dentro de los catorce (14) días calendario de la fecha en que recibimos su solicitud. Una vez terminada la revisión, nos aseguraremos de hacérselo saber.

Usted tiene derecho a volver a presentar una solicitud de determinación acelerada. Si su Doctor respalda su solicitud de determinación acelerada y el Doctor indica que una espera de catorce (14) días podría afectar gravemente su salud, le concederemos una determinación acelerada.

Usted también puede presentar una queja acelerada oral o escrita ante IEHP DualChoice acerca de nuestra decisión de no acelerar su revisión. El proceso de queja permite que los Miembros presenten una queja ante IEHP DualChoice sobre asuntos que no sean reclamaciones ni servicios denegados. IEHP DualChoice debe responder a una queja acelerada dentro de las veinticuatro (24) horas.

Para presentar una queja acelerada, usted o su representante autorizado deben llamar o enviar su queja por correo o fax a:

IEHP DualChoice

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Número Gratuito: 1-877-273-IEHP (4347) o para los Usuarios de TTY: 1-800-718-4347

Fax: 1-909-890-5748

Además, tenga en cuenta que aunque usted no tiene la obligación de presentar información adicional a <<IPA>>, es importante que se comunique con ellos si su condición médica cambia o si tiene más información sobre su caso.

Dirija cualquier pregunta o información adicional a Servicios para Miembros de <<IPA>> al <<IPA Phone Number>>, <<IPA Hours of Operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al <<TTY Number>>.

Gracias por ser un/a valioso/a Miembro de <<IPA>> y por confiarnos sus necesidades de atención médica.

Su salud es nuestra prioridad,

<<IPA>>

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.