



We heal and inspire the human spirit.

To: IEHP Covered Delegates
From: IEHP – Utilization Management
Date: August 7, 2026
Subject: Updated IEHP Covered NOA - Your Rights Form

Inland Empire Health Plan (IEHP) has recently updated the “**Notice of Action (NOA) - Your Rights**” form to align with the National Committee of Quality Assurance’s (NCQA) UM Standards. The form mentioned is attached to this communication and available for your immediate use:

IEHP Covered Form

- NOA - Your Rights Attachments (English and Spanish)

IEHP requires that the form be incorporated into your workflows as soon as possible. IEHP will begin auditing the implementation of the updated form on or after **September 1, 2026**.

For questions, please contact Jessica Gonzalez, Delegation Oversight Manager, at gonzalez-j6@iehp.org or the IEHP Provider Call Center at (909) 890-2054, (866) 223-4347, or email ProviderServices@iehp.org.

All IEHP communications can be found at www.providerservices.iehp.org > News & Updates > Notices



Covered

YOUR RIGHTS

IF YOU DO NOT AGREE WITH THE DECISION YOUR HEALTH PLAN MADE FOR YOUR HEALTHCARE, YOU CAN ASK YOUR HEALTH PLAN FOR AN APPEAL.

HOW DO YOU ASK FOR AN APPEAL?

You have 365 days from the date of this Notice of Action letter to ask for a standard or expedited appeal. If your health plan decided to reduce, suspend or terminate a service(s) you're getting now, you may be able to keep getting the service(s) until your appeal is decided. This is called Aid Paid Pending. To qualify for Aid Paid Pending, you must ask your health plan for an appeal within 10 days from the date of this Notice of Action letter, or before the date your health plan says the change to your service(s) will happen. Even though your health plan must give you Aid Paid Pending when you ask for an appeal within these timelines above, you should let your health plan know when you ask for an appeal that you want to get Aid Paid Pending until your appeal is decided.

If you miss the 10-day period to request an appeal OR do not ask for an appeal before the date the change to your service(s) will happen, you still have 365 days from the date of this Notice of Action letter to ask for an appeal. But you will not get Aid Paid Pending while your appeal is being decided.

You can ask for an appeal yourself. Or, you can have someone like a family member, friend, advocate, doctor or attorney ask for one for you. This person is called an Authorized Representative. Your health plan can give you a form to identify your Authorized Representative. You, or your Authorized Representative, can send in anything you want your health plan to look at for your appeal. A doctor who is different from the doctor who made the first decision will look at your appeal.

For urgent care situations, expedited external review may occur at the same time as the internal appeal process.

You can file a standard or expedited appeal by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call IEHP Covered Member Services at **1-855-433-4347**, Monday-Friday, 8am-6pm. TTY users should call **711**.
- In writing: Fill out an appeal form or write a letter and send it to: IEHP Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987.

Your doctor's office will have appeal forms on hand. Your health plan can also send a form to you.

- Electronically: Visit www.iehp.org.

When you appeal, you must give your plan:

- Your name
 - Your address or an address where we should send information about your appeal (if you don't have a current address, you can still appeal)
 - Your member number with your plan
 - The reason(s) you're appealing your plan's decision
 - If you want a standard or a fast appeal (for a fast appeal, tell your plan why you need one)
 - Anything you want your plan to look at that shows why you need the service. Such as:
 - Medical records from your healthcare provider,
 - Letters from your healthcare provider (such as a statement from your healthcare provider that says why you need a fast appeal), or
 - Other information that says why you need the service
-

WHEN WILL YOUR APPEAL BE DECIDED?

For Standard Appeals, your health plan must respond to your appeal in writing within 30 days. If you think waiting 30 days will hurt your health, you may be able to get a decision in 72 hours. When you ask for an appeal with your health plan, say why waiting will hurt your health. Make sure you ask for an Expedited Appeal.

For Expedited Appeals, your health plan will give you a decision within 72 hours after getting your appeal and must try to give you oral notice of its decision. For both Standard and Expedited appeals, your health plan will mail you a Notice of Appeal Resolution letter. This letter will tell you what your health plan decided on your appeal.

CAN YOU ASK FOR AN INDEPENDENT MEDICAL REVIEW?

An Independent Medical Review is where a doctor(s) that is not related to the health plan will review your case.

If you don't agree with your health plan's decision on your service(s), you can ask your health plan for an appeal. If you still don't agree with your health plan's decision on your appeal, or it has been at least 30 days since you filed your appeal with your health plan, you can ask for an Independent Medical Review with the Department of Managed Health Care (DMHC). DMHC staff will decide whether your issue qualifies for an Independent Medical Review. You will not have to pay for an Independent Medical Review.

HOW DO YOU REQUEST AN INDEPENDENT MEDICAL REVIEW?

The paragraph below provides you with information on how to request an Independent Medical Review with DMHC.¹ Note that the term grievance is talking about both complaints and appeals: “The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-855-433-4347**. TTY users should call **711**, and use your health plan’s grievance process before contacting the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll-free telephone number **(1-888-466-2219)** and a TDD line **(1-877-688-9891)** for the hearing and speech impaired. The department’s internet website **www.dmhc.ca.gov** has complaint forms, IMR application forms and instructions online.”

LEGAL HELP

You may be able to get free legal help. Call the *State Department of Consumer Affairs* at **1-800-952-5210**. You may also call the local Legal Aid Office in your county at **1-888-804-3536**.

¹ Health and Safety Code (HSC) Section 1368.02(b). HSC is searchable at: <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>.



Covered

SUS DERECHOS

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN QUE TOMÓ SU PLAN DE SALUD SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN A SU PLAN DE SALUD.

¿CÓMO PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Tiene 365 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de resolución para presentar una apelación estándar o acelerada. Si su plan de salud decidió reducir, suspender o cancelar servicios que está recibiendo ahora, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios hasta que se decida su apelación. A esto se le llama “ayuda pagada pendiente”. Para poder recibir ayuda pagada pendiente, debe presentar a su plan de salud una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha de esta carta de Aviso de resolución o antes de la fecha en la que su plan de salud diga que ocurrirá el cambio en sus servicios. Aunque su plan de salud debe darle ayuda pagada pendiente cuando presente una apelación dentro de estos plazos anteriores, debe informarle a su plan de salud cuando presente una apelación que desea obtener ayuda pagada pendiente hasta que se decida su apelación.

Si no cumple con el periodo de 10 días para presentar una apelación O no presenta una apelación antes de la fecha en la que ocurrirá el cambio en sus servicios, todavía tiene 365 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de resolución para presentar una apelación. Sin embargo, no recibirá ayuda pagada pendiente mientras se decide su apelación.

Puede presentar una apelación usted mismo. O puede pedirle a alguien, como un familiar, amigo, defensor, médico o abogado, que la presente en su nombre. Esta persona recibe el nombre de Representante Autorizado. Su plan de salud puede darle un formulario para que identifique a su Representante Autorizado. Usted, o su Representante Autorizado, puede enviar cualquier cosa que desee que su plan de salud examine para su apelación. Un médico que no sea el médico que tomó la primera decisión examinará su apelación.

En situaciones de cuidado de urgencia, la revisión externa acelerada puede llevarse a cabo al mismo tiempo que el proceso de apelación interna.

Puede presentar una apelación estándar o acelerada por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame a Servicios para Miembros de IEHP Covered al **1-855-433-4347**, de lunes a viernes de 8 a.m.-6 p.m.. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- Por escrito: Llene un formulario de apelación o escriba una carta y envíela a: IEHP Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987.

El consultorio de su médico tendrá formularios de apelación a la mano. Su plan de salud también puede enviarle un formulario.

- Vía electrónica: Visite www.iehp.org.

Cuando usted apele, tiene que darle a su plan:

- Su nombre
- Su domicilio o un domicilio al que debamos enviarle la información sobre su apelación (si no tiene un domicilio actual, de cualquier forma puede apelar)
- Su número de miembro con su plan
- Las razones por las que está apelando la decisión de su plan
- Si desea una apelación estándar o una apelación acelerada (para una apelación acelerada, informe a su plan por qué la necesita)
- Cualquier cosa que quiera que su plan examine y que muestre por qué necesita el servicio.
Por ejemplo:
 - Expedientes médicos de su proveedor de atención médica,
 - Cartas de su proveedor de atención médica (como una declaración de su proveedor de atención médica que informe por qué necesita una apelación acelerada), u
 - Otra información que diga por qué necesita el servicio

¿CUÁNDO SE DECIDIRÁ SU APELACIÓN?

Para las apelaciones estándar, su plan de salud tiene que responder a su apelación por escrito en un plazo de 30 días. Si piensa que esperar 30 días perjudicará su salud, tal vez pueda obtener una decisión en 72 horas. Cuando presente una apelación a su plan de salud, diga por qué la espera perjudicará su salud. Asegúrese de presentar una apelación acelerada.

En el caso de las apelaciones aceleradas, su plan de salud le comunicará su decisión en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación y debe tratar de brindarle la notificación de forma verbal. Tanto para las apelaciones estándar como para las aceleradas, su plan de salud le enviará por correo una carta de Aviso de resolución de la apelación. Esta carta le informará lo que decidió su plan de salud sobre su apelación.

¿PUEDE USTED SOLICITAR UNA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE?

En una Revisión Médica Independiente, un médico o médicos que no tienen una relación con el plan de salud revisarán su caso.

Si no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud sobre sus servicios, puede solicitar una apelación a su plan de salud. Si sigue sin estar de acuerdo con la decisión de su plan de salud sobre su apelación o han pasado al menos 30 días desde que presentó su apelación ante su plan de salud, puede pedir una Revisión Médica Independiente ante el Departamento de Administración de Servicios Médicos (*Department of Managed Health Care, DMHC*). El personal del DMHC decidirá si su asunto califica para una Revisión Médica Independiente. No tendrá que pagar por una Revisión Médica Independiente.

¿CÓMO PUEDE USTED SOLICITAR UNA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE?

El siguiente párrafo le proporciona información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC¹. Tenga en cuenta que el término queja formal se refiere tanto a las quejas como a las apelaciones:

“El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-855-433-4347**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711** y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Usar este procedimiento de quejas formales no prohíbe ningún derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja formal sobre una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto de manera satisfactoria o una queja formal que ha permanecido sin resolver por más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, 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 TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con un impedimento auditivo o del habla. En el sitio web del departamento, **www.dmhc.ca.gov**, encontrará formularios para la presentación de quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea”.

AYUDA LEGAL

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. Llame al *Departamento Estatal de Asuntos del Consumidor* al **1-800-952-5210**. También puede llamar a la oficina local de Legal Aid de su condado al **1-888-804-3536**.

¹ Sección 1368.02(b) del Código de Salud y Seguridad (*Health and Safety Code, HSC*). Se puede buscar el HSC en la siguiente página: <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>.