

<IPA>

<<Date>>

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

Carta sobre la Decisión de Cobertura

Identificación del Plan de Salud del Miembro: <<Member ID>>

Servicio/asunto sobre el que trata esta carta:

Número de Referencia:

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) se denomina “nuestro plan” o “nosotros” en esta carta. Somos un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar cobertura para ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de Medicare y Medi-Cal y sus médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica.

Nuestro plan <denegó o denegó parcialmente o redujo o detuvo o suspendió> el servicio que se indica a continuación:

[Insert description of service or item being denied, partially denied, reduced, stopped, or suspended, and include doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item.]

Nuestro plan tomó esta decisión porque *[Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the service/item was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision. Write rationale in plain language – see instructions for more information].*

*[Insert if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a service or item the individual has already been receiving: **Nuestro plan <reducirá o detendrá o suspenderá> su servicio el <effective date>.**]*

Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión

Usted puede apelar la decisión ante nuestro plan. Comparta esta carta con su proveedor de atención médica y pregúntele sobre los próximos pasos. Si usted apela y nuestro plan cambia su decisión, es posible que paguemos el servicio.

También puede llamar al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) y pedirnos una copia gratuita de la información que utilizamos para tomar nuestra decisión. Esto puede incluir registros de salud, pautas y otros documentos. Usted deberá mostrar esta información a su proveedor de atención médica para que le ayude a decidir si debería apelar.

Usted debe apelar antes del *[Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text]*. Nuestro plan puede darle más tiempo si usted tiene un buen motivo.

Hay dos clases de apelaciones

Nuestro plan tiene dos clases de apelaciones: apelaciones estándar y apelaciones rápidas.

1. Si usted solicita una **apelación estándar**, nuestro plan le enviará una decisión por escrito dentro de los **7 días calendario desde el momento en que recibimos su apelación**.
2. Si usted solicita una **apelación rápida**, nuestro plan le enviará una decisión dentro de las **72 horas desde el momento en que recibimos su apelación**. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su proveedor de atención médica considera que esperar un plazo de hasta **7 días calendario** para obtener una decisión podría **dañar gravemente** su salud. **Nota:** Usted no puede obtener una apelación rápida si nuestro plan denegó el pago de un servicio que ya recibió.

Nuestro plan le concederá **automáticamente** una apelación rápida si su **proveedor de atención médica la solicita para usted** o si su **proveedor de atención médica respalda su solicitud**. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de un proveedor de atención médica, su plan decidirá si usted puede recibir una apelación rápida. Si nuestro plan no aprueba una apelación rápida, le comunicaremos una decisión sobre su apelación dentro de los **7 días calendario**.

Cómo apelar

Usted, alguien a quien haya designado por escrito como su representante para que actúe en su nombre (por ejemplo, un familiar, un amigo o un abogado) o su proveedor de atención médica pueden presentar una apelación. Usted puede comunicarse con nuestro plan para apelar a través de alguno de estos medios:

- **Teléfono:** Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)

- **Fax:** Envíe un fax al 909-890-5748
- **Correo:** Envíela por correo a IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987
- **En persona:** Entréguela en 10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA 91730-5987

Si usted apela por escrito, guarde una copia. Si hace una llamada, le enviaremos una carta que expresará lo que usted nos dijo por teléfono.

Cuando usted apele, deberá proporcionar a nuestro plan:

- Su nombre
- Su dirección o una dirección a la que deberíamos enviarle la información referida a su apelación (si usted no tiene actualmente una dirección, igualmente puede apelar)
- Su número de miembro de nuestro plan
- La(s) razón(es) por la(s) que está apelando nuestra decisión
- Si desea una apelación estándar o una rápida. (Si pide una apelación rápida, díganos por qué la necesita).
- Cualquier elemento que usted quiera que nuestro plan vea y que demuestre por qué necesita el servicio. Por ejemplo, puede enviarnos:
 - Registros médicos de su proveedor de atención médica
 - Cartas de su proveedor de atención médica (como una declaración de su proveedor de atención médica que aclare por qué usted necesita una apelación rápida), o
 - Cualquier otra información que indique que usted necesita el servicio.

Para obtener más información acerca de cómo apelar, llame a Servicios a los Miembros al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). También puede encontrar más información en la Evidencia de Cobertura de nuestro plan. Podrá encontrar una copia actualizada de la Evidencia de Cobertura siempre disponible en nuestro sitio web en www.iehp.org o bien llamando a nuestro plan.

Cómo seguir recibiendo el servicio durante su apelación

Si ya está recibiendo el servicio que figura en la primera página de esta carta, usted puede solicitar seguir recibéndolo durante su apelación.

- **Usted debe apelar y solicitar que nuestro plan siga brindándole el servicio en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de este aviso.**

- Consulte más arriba en esta carta la sección “Cómo apelar” para obtener información acerca de cómo comunicarse con nuestro plan.
- Si solicita que nuestro plan continúe brindándole el servicio, su servicio permanecerá igual durante su apelación.
- Si su proveedor de atención médica presenta la apelación en su nombre y usted quiere seguir recibiendo el servicio, entonces su proveedor de atención médica debe incluir un consentimiento escrito de parte de usted.

¿Qué sucede después?

Después de que usted apela, nuestro plan le enviará una carta de decisión para informarle si aprobamos o denegamos su apelación. Si nuestro plan continúa denegando el servicio que figura en la primera página de esta Carta de Decisión de Cobertura, la carta de decisión de apelación le dirá lo que ocurre a continuación, por ejemplo, información acerca de una apelación de Nivel 2 de Medicare o cómo solicitar una Audiencia Estatal al Departamento de Servicios Sociales de California.

Qué hacer si necesita ayuda con su apelación

Usted puede pedirle a alguien apele por usted y actúe en su nombre. Primero debe nombrarlo por escrito como su “representante” siguiendo los pasos que se indican a continuación. Su representante puede ser un pariente, un amigo, un abogado, un médico, un proveedor de atención médica o cualquier otra persona de su confianza.

Si desea que otra persona presente la apelación por usted:

- Llame a nuestro plan al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) para saber cómo designar a una persona como su representante. O bien, puede visitar [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me).
- Usted y su representante deben firmar y fechar una declaración que diga que esto es lo que usted desea.
- Envíenos la declaración firmada por correo o por fax a:

IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730

Fax: 909-890-5748

- Conserve una copia.

Obtenga ayuda y más información

- **Servicios para Miembros de IEHP DualChoice:** Llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347), 8:00 a.m. a 8:00 p.m., (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. También puede visitar www.iehp.org.
- Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services, DHCS) de California: Llame al 1-888-452-8609. La Oficina del Defensor puede responder preguntas si usted tiene un problema con su apelación. También puede ayudarle a saber qué hacer después. No está vinculado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los servicios son gratuitos
- **Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, #HICAP) de California:** Llame al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Los asesores del HICAP pueden brindarle ayuda con problemas relacionados con Medicare, lo que incluye cómo realizar una apelación. El HICAP no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos.
- **Medicare:** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O visite Medicare.gov.
- **Medi-Cal:** Llame al 1-800-541-5555 (TTY: 711).
- **Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center):** Llame al 1-800-333-4114 o visite www.medicarerights.org.
- **Servicio de Localización de Cuidado para Personas Mayores (Eldercare Locator):** Llame al 1-800-677-1116 o visite www.eldercare.acl.gov para encontrar ayuda en su comunidad.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como impresión con letra grande, braille o audio. Llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347), 8:00 a.m. a 8:00 p.m., (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. La llamada es gratuita.

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.