

<<IPA>>

<<Date>>

<<Member Name>>

<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>

<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

IMPORTANTE: Para obtener ayuda con este aviso, comuníquese con **IEHP DualChoice (HMO D-SNP)** al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) **O con la Oficina del Defensor de los Beneficiarios de la División de Atención Administrada de Medi-Cal (MMCD)** al 1-888-452-8609 (TTY: 1-800-719-5798)

Carta de decisión de cobertura

Identificación del plan de salud del miembro: <<Member ID>>

Servicio/artículo sobre el que trata esta carta: <<Service/Item>>

Número de referencia: <<Reference Number>>

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) se denomina “nuestro plan” o “nosotros” en esta carta. Somos un plan de salud que tiene contrato 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 el servicio que se indica a continuación:

[Insert description of service, including the amount, duration, and scope, of what the enrollee requested (e.g., physical therapy visits 2 times per week for 1 year), and the outcome, denied, partially denied, reduced, stopped, suspended, or changed, and include the doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item. If a service or item request is partially denied, reduced, or changed, include specifically what was requested and what is approved (e.g., We are approving acupuncture services for 3 months instead of a full year, or We are approving moving a toilet to the south wall instead of the east wall of the bathroom, or We previously approved 18 acupuncture visits per year but are now reducing the visits to only allow 10.)]

[Insert if this is a post-service case for which there is no member liability: Please note, you will not be billed or owe any money for this service.]

Formulario de los CMS-10716 Aprobación de la OMB 0938-1386 (Vencimiento: 11/30/2025)

©2024 Inland Empire Health Plan. Todos los Derechos Reservados. H8894_DSNP_24_4626907_C_IPA_SP

Página 1 de 6

Nuestro plan tomó esta decisión porque *[Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the service was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision in plain language. The plain language explanation of the decision should include: (1) relevant context for the decision (e.g., if the medical service was approved for the enrollee in the past, the description should include what was previously approved, when it was approved and by whom, and what has changed or is otherwise different now); (2) coverage information considered including Medicare and Medicaid coverage benefits; and, (3) if applicable, information on how or why the requested service or item is not supported by the enrollee's needs – see instructions for more information].*

*[Insert if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a service the individual has already been receiving: **Our plan will <reduce or stop or suspend> your service on <effective date>**. See the “How to keep getting your service during your appeal” section later in this letter for information about continuing to receive your service during your appeal.]*

Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión

Usted puede apelar la decisión de 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 solicitarnos una copia gratuita de la información que utilizamos para tomar nuestra decisión. Esto puede incluir registros médicos, pautas y otros documentos. Debe mostrarle esta información a su proveedor de atención médica para que le ayude a decidir si debe apelar.

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 solicita una **apelación estándar**, nuestro plan le enviará una decisión por escrito dentro de los **30 días calendario de haber recibido su apelación**.
2. Si solicita una **apelación rápida**, nuestro plan le dará una decisión dentro de las **72 horas de haber recibido su apelación**. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su proveedor de atención médica consideran que esperar un plazo de hasta **30 días calendario** para obtener una decisión podría **dañar gravemente** su salud. **Nota:** No puede obtener una apelación rápida si nuestro plan denegó el pago de un servicio que usted ya recibió.

Nuestro plan le otorgará **automáticamente** una apelación rápida si su **proveedor de atención médica solicita una para usted** o si su **proveedor de atención médica respalda su solicitud**. Si solicita una apelación rápida sin el apoyo de un proveedor de atención médica, nuestro plan decidirá si puede obtener una apelación rápida.

Si nuestro plan no aprueba una apelación rápida, le daremos una decisión sobre su apelación dentro de los **30 días calendario**.

Tanto para las apelaciones estándar como para las rápidas, nuestra decisión podría tardar más si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información de parte de usted. Nuestro plan le enviará una carta y le informará si necesitamos más tiempo y por qué motivo.

Cómo apelar

Usted, alguien a quien haya designado por escrito como su representante para actuar en su nombre (como un familiar, amigo o abogado) o su proveedor de atención médica pueden apelar. Puede comunicarse con nuestro plan para apelar de una de estas maneras:

- **Por teléfono:** Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)
- **Por fax:** Envíe un fax al (909) 890-5748
- **Por correo:** Envíe la apelación por correo a IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
- **En persona:** Entréguela en 10801 Sixth Street, Rancho Cucamonga, CA 91730

Si apela por escrito, conserve una copia. Si llama, le enviaremos una carta que dice lo que 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
- El/los motivo(s) por el/los que está apelando nuestra decisión
- Si desea una apelación estándar o una rápida. (Para una apelación rápida, infórmenos por qué la necesita).
- Cualquier elemento que usted quiera que nuestro plan revise 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 explique por qué usted necesita una apelación rápida) o
 - Cualquier otra información que indique por qué usted necesita el servicio.

Para obtener más información sobre cómo apelar, llame a Servicios para 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 siempre una copia actualizada de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en www.iehp.org o si llama a nuestro plan.

Cómo seguir recibiendo su servicio durante su apelación

Si ya está recibiendo el servicio indicado en la primera página de esta carta, puede solicitar continuar recibéndolo durante su apelación.

- **Debe apelar y solicitar a nuestro plan que se continúe la prestación de su servicio dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de este aviso.**
- Consulte la sección “Cómo apelar” más arriba en esta carta para obtener información sobre cómo comunicarse con nuestro plan.
- Si solicita a nuestro plan la continuación de su servicio antes del *[Insert continuation of benefits request filing date]*, su servicio permanecerá igual durante su apelación.
- Si su proveedor de atención médica presenta la apelación por usted y usted desea seguir recibiendo su servicio, entonces su proveedor de atención médica debe incluir su consentimiento por escrito.

¿Qué sucede después?

Después de que usted apele, nuestro plan le enviará una carta de decisión de apelación para informarle si aprobamos o denegamos su apelación. Si nuestro plan sigue denegando el pago del servicio indicado en la primera página de esta Carta de decisión de cobertura, la carta de decisión de apelación le indicará lo que sucede a continuación, como información sobre una apelación de Nivel 2 de Medicare o cómo pedir una Audiencia Estatal al Departamento de Servicios Sociales de California.

Qué hacer si necesita ayuda con su apelación

Puede pedirle a alguien que apele por usted y actúe en su nombre. Primero debe designarlo por escrito como su “representante” siguiendo los pasos a continuación. Su representante puede ser un familiar, amigo, abogado, médico, proveedor de atención médica o alguien de su confianza.

Si desea que alguien apele por usted:

- Llame a nuestro plan al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) para obtener información sobre cómo designar a esa persona como su representante. O bien, puede visitar 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 fax a:

IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga,
CA 91729-1800

Fax: 909-890-5748

- Conserve una copia.

Obtener ayuda y más información

- **Servicios para Miembros de IEHP DualChoice:** Llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347), de 8am a 8pm (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 (DHCS) de California: Llame al 1-888-452-8609 (TTY: 1-800-719-5798). La Oficina del Defensor de los Beneficiarios puede responder preguntas si usted tiene algún problema con su apelación. También puede ayudarlo a comprender qué hacer a continuación. No tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.
- **Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California:** Llame al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con problemas relacionados con Medicare, incluido cómo apelar. El HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros o 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:** 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 de manera gratuita en otros formatos, como impresión con letra grande, Braille o audio. Llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. La llamada es gratuita.

Usted tiene derecho a acceder a la información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Consulte [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con contrato de Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.