

<IPA LOGO>

**AVISO DE ACCIÓN  
Acerca de Su Solicitud de Tratamiento**

<<Date>>

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

<<Treating Provider's Name>>  
<<Address>>  
<<City,>> <<State>> <<Zip>>

Número de Identificación: <<Member ID Number>>; N.º de Caso: <<Insert case number>>

**Asunto:** <<Service Requested>>

*[Name of requesting provider]* solicitó a <IPA> la aprobación de *[Service requested]*. Necesitamos más tiempo para tomar una decisión. Esto se debe a que *[Insert a clear and concise explanation of the reasons for the delay, indicating the specific information or whatever additional information the plan needs what further information is needed and/or additional steps need be taken. If further information is being requested, input the deadline for receipt of information.]* Le enviaremos otra carta el *[date]* para comunicarle la decisión.

Usted puede apelar esta decisión. La carta adjunta con información sobre “Sus Derechos” le indica cómo hacerlo. Además, le informa cómo puede obtener ayuda gratuita, que puede ser ayuda legal gratuita. Puede enviar toda la información que podría ser útil para su caso. La carta “Sus Derechos” contiene las fechas límite en que puede solicitar una apelación.

La “Oficina del Defensor de los Beneficiarios” de la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal del Estado puede responder las preguntas que usted tenga. Puede llamar a la oficina al 1-888-452-8609. También puede obtener ayuda de su doctor o llamarnos al **1-800-440-IEHP (4347)**.

Esta carta no modifica su otra atención médica de Medi-Cal.

*[Medical Director's Name]*

Documentos adjuntos: “Sus Derechos conforme a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal”

SUS DERECHOS  
CONFORME A LA ATENCIÓN MÉDICA COORDINADA DE MEDI-CAL

---

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN QUE HA TOMADO SU PLAN DE SALUD PARA SU ATENCIÓN MÉDICA, PUEDE SOLICITAR UNA APELACIÓN A SU PLAN DE SALUD.

¿CÓMO PUEDO SOLICITAR UNA APELACIÓN?

Usted tiene 60 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de Acción para solicitar una apelación estándar o rápida. Si su plan de salud decidió reducir, suspender o cancelar un servicio que usted está recibiendo ahora, puede seguir recibiendo el servicio hasta que se decida su apelación. Es lo que se denomina "Ayuda Pagada en Espera". Para calificar para la Ayuda Pagada en Espera, debe solicitar a su plan de salud una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de Acción, o antes de la fecha en que su plan de salud dice que se producirá el cambio en sus servicios. Aunque su plan de salud debe concederle la Ayuda Pagada en Espera cuando usted solicite una apelación dentro de los plazos mencionados, usted debe comunicarle a su plan de salud, cuando solicite una apelación, que desea obtener la Ayuda Pagada en Espera hasta que se decida su apelación.

Si se le pasa el plazo de 10 días para solicitar una apelación O no solicita una apelación antes de la fecha en la que se producirá el cambio en sus servicios, todavía tiene 60 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de Acción para solicitar una apelación. Sin embargo, no recibirá la Ayuda Pagada en Espera mientras se decide su apelación.

Puede solicitar una apelación usted mismo. O puede pedir a otra persona, como un familiar, un amigo, un defensor, un doctor o un abogado, que lo haga por usted. Esta persona se denomina Representante Autorizado. Su plan de salud puede proporcionarle un formulario para que identifique a su Representante Autorizado. Usted, o su Representante Autorizado, puede enviar toda la documentación que desee que su plan de salud examine para tomar una decisión sobre su apelación. Un doctor, diferente del doctor que tomó la primera decisión, analizará su apelación.

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

- Por teléfono: Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP *de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm* al número 1-877-273-4347. Si tiene dificultades auditivas o del habla, por favor llame al TTY: 1-800-718-4347.
- 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 doctor tiene formularios de apelación disponibles. Su plan de salud también puede enviarle un formulario.

- Por vía electrónica: Visite el sitio web de su plan de salud en <https://www.iehp.org/>.

Cuando apele, debe dar a su plan:

- Su nombre
- Su domicilio o un domicilio al que le debamos enviar información sobre su apelación (si no tiene un domicilio actual, puede apelar igual)
- Su número de miembro de su plan
- El o los motivos por los que apela la decisión de su plan
- Si desea una apelación estándar o una apelación rápida. (Si es una apelación rápida, dígame a su plan por qué la necesita).
- Cualquier cosa que desee que su plan examine y que demuestre por qué necesita el servicio. Por ejemplo, puede enviarles:
  - 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 diga por qué necesita una apelación rápida), u
  - Otra información que indique por qué necesita el servicio.

### ¿CUÁNDO SE DECIDIRÁ MI APELACIÓN?

En el caso de las Apelaciones Estándar, su plan de salud debe responder a su apelación por escrito en un plazo de 30 días. Si considera que esperar 30 días dañará su salud, usted podría obtener una decisión en 72 horas. Cuando solicite una apelación a su plan de salud, diga por qué la espera dañaría su salud. Asegúrese de pedir una Apelación Acelerada.

En el caso de las Apelaciones Aceleradas, su plan de salud le enviará una decisión dentro de las 72 horas después de recibir su apelación y debe intentar ofrecerle un aviso oral de la decisión. Tanto para las Apelaciones Estándar como las Aceleradas, su plan de salud le enviará por correo una carta de Aviso de Resolución de Apelación. La carta le comunicará la decisión de su plan de salud con relación a su apelación.

### ¿PUEDO PEDIR UNA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE Y UNA AUDIENCIA ESTATAL?

Una Revisión Médica Independiente es cuando un doctor que no está relacionado con el plan de salud revisará su caso. Una Audiencia Estatal es cuando un juez revisará su caso.

Si no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud con respecto a 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 a su plan de salud, puede solicitar una Revisión Médica Independiente ante el Departamento de Administración de Servicios Médicos (*Department of Managed Health Care, DMHC*). El personal del DMHC determinará si su problema califica para una Revisión Médica Independiente.

En la mayoría de los casos, usted no es elegible para solicitar una Audiencia Estatal hasta que no haya completado primero el proceso de apelación interna de su plan de salud. Sin embargo, hay ocasiones en las que puede solicitar directamente una Audiencia Estatal. Esto puede suceder si su plan de salud no le notificó correctamente o a tiempo sobre sus servicios. Esto se denomina "Consideración de Agotamiento". Estos son algunos ejemplos de Consideración de Agotamiento:

- El plan de salud no puso a su disposición esta carta de Aviso de Acción en su idioma preferido.
- El plan de salud cometió un error que afecta a cualquiera de sus derechos.
- El plan de salud no le entregó una carta de Aviso de Acción por escrito en la que se le informaba de la acción prevista en relación con sus servicios.
- El plan de salud cometió un error en su carta de Aviso de Resolución de Apelación por escrito.
- El plan de salud no resolvió su apelación en un plazo de 30 días ni le envió una carta de Aviso de Resolución de Apelación.
- El plan de salud decidió que su caso era urgente, pero no respondió a su apelación en un plazo de 72 horas ni le envió una carta de Aviso de Resolución de Apelación.

A veces, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente y una Audiencia Estatal a la vez. También puede solicitar una antes que la otra para ver si se resuelve su problema primero. Por ejemplo, si solicita primero una Revisión Médica Independiente, pero no está de acuerdo con la decisión, podrá solicitar una Audiencia Estatal. Sin embargo, si solicita primero una Audiencia Estatal, y su audiencia ya tuvo lugar, no podrá solicitar una Revisión Médica Independiente. En este caso, la Audiencia Estatal tiene la última palabra.

Usted no tendrá que pagar una Revisión Médica Independiente ni una Audiencia Estatal.

---

## ¿CÓMO PUEDO SOLICITAR UNA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE?

El siguiente párrafo le explica cómo solicitar una Revisión Médica Independiente ante el DMHC.<sup>1</sup> Observe que el término “queja formal” hace referencia tanto a quejas como a apelaciones:

“El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de reglamentar los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja formal en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al 1-800-440-IEHP (4347), de lunes a viernes, de 7am-7pm, y sábado y domingo, de 8am-5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347, y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto a su entera satisfacción o una queja formal que haya quedado sin resolver durante más de 30 días, le recomendamos que llame al Departamento para solicitar asistencia. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por el pago de servicios médicos de

---

<sup>1</sup> Código de Salud y Seguridad (*Health and Safety Code, HSC*) Sección 1368.02(b). El HSC se puede buscar en: <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>.

emergencia o de 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 y del habla. El sitio web del Departamento, <http://www.dmhc.ca.gov>, ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea”.

---

## CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA ESTATAL

Como se indica más arriba, es posible que sea elegible para solicitar una Audiencia Estatal.

También puede solicitar una Audiencia Estatal de las siguientes maneras:

- En línea en [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- Por teléfono: Llame al 1-800-743-8525. Este número puede estar muy ocupado. Es posible que escuche un mensaje que le pide que vuelva a llamar más tarde. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Por escrito: Llene un formulario de Audiencia Estatal o envíe una carta. Envíela por correo o por fax:

Por correo: California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

Por fax: (916) 309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0903

Se incluye un Formulario de Audiencia Estatal junto con esta carta. Asegúrese de incluir su nombre, domicilio, número de teléfono, Número de Seguro Social o Número de Índice de Cliente (*Client Index Number, CIN*), y el motivo por el cual desea una Audiencia Estatal. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia Estatal, incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, indique a la División de Audiencias Estatales qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. La División de Audiencias Estatales le conseguirá uno. Si tiene una discapacidad, la División de Audiencias Estatales puede conseguirle adaptaciones especiales gratuitas para ayudarle a participar en la audiencia. Por favor, incluya información sobre su discapacidad y la adaptación que necesita.

Después de solicitar una Audiencia Estatal, podrían pasar hasta 90 días antes de que su caso se decida y se le envíe una respuesta. Si cree que la espera de 90 días perjudicará su salud, puede solicitar una Audiencia Acelerada. Si la División de Audiencias Estatales aprueba su solicitud de Audiencia Acelerada, es posible que pueda obtener una decisión de la audiencia en un plazo de tres días a partir de la fecha en que reciba el expediente de su caso de parte de su plan de salud.

Para solicitar una Audiencia Acelerada, llame a la División de Audiencias Estatales al número de arriba. O bien, puede enviar el formulario de Audiencia Estatal o una carta a la División de Audiencias Estatales. Usted debe explicar de qué manera esperar hasta 90 días para que se tome una decisión perjudicará su vida, su salud o su capacidad para conseguir o mantener un funcionamiento óptimo de su organismo. También puede obtener una carta de su doctor que le ayude a demostrar por qué necesita una Audiencia Acelerada.

Puede hablar usted mismo en la Audiencia Estatal. O bien, puede pedirle a otra persona como un familiar, amigo, defensor, doctor o abogado que hable en nombre de usted. Si desea que otra persona hable en su nombre, debe firmar un formulario para informarle a la División de Audiencias Estatales que la persona está autorizada a hablar en nombre de usted. Esta persona se denomina Representante Autorizado.

### AYUDA LEGAL

Quizás pueda obtener ayuda legal gratuita. Llame al *Departamento de Asuntos del Consumidor del Estado* al 1-800-952-5210. También puede llamar a la Oficina de Asistencia Legal local de su condado al 1-888-804-3536.

**FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA AUDIENCIA ESTATAL POR UNA DENEGACIÓN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO**

Para solicitar una Audiencia Estatal, llame al: **1-800-743-8525**. Los usuarios de TDD deben llamar al **1-800-952-8349**. También puede solicitar una audiencia de las siguientes maneras:

- Puede solicitar una audiencia **EN LÍNEA** en **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Puede llenar este formulario y enviarlo por **FAX** a la División de Audiencias Estatales al **916-309-3487**
- Puede llenar este formulario y enviarlo por **CORREO ELECTRÓNICO** a **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- **(Nota:** Si usa el correo electrónico, *tenga en cuenta que corre el riesgo de que un tercero, distinto de la División de Audiencias Estatales, pueda interceptar su mensaje. Le recomendamos que considere usar un método más seguro para enviar su solicitud*).  
**También puede enviar esta Solicitud de Audiencia Estatal **POR CORREO** a:**

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, MS 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

***Para obtener ayuda gratuita para llenar este formulario, llame al número de teléfono de ayuda legal que figura en el Aviso adjunto “Sus Derechos”***

**No estoy de acuerdo con la decisión sobre mi atención médica. Indique el tratamiento, el medicamento, el equipo o el servicio que solicitó el doctor. No estoy de acuerdo porque:**

---

---

---

---

---

(Si necesita más espacio, use otra hoja y adjúntela a esta).

**BRINDE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO  
(la persona a quien se le negaron los beneficios médicos)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO (donde recibe la correspondencia):** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

¿Tenemos su permiso para comunicarnos por correo electrónico? [ ] SÍ [ ] NO

Si responde que Sí, escriba su **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Proporcione su **Número de Tarjeta BIC de Medi-Cal y/o Número de Seguro Social** si tiene: \_\_\_\_\_

¿Tiene Medi-Cal convencional (**Cuota por Servicios**) o **Atención Médica Coordinada**?  
\_\_\_\_\_

Si tiene **Atención Médica Coordinada**, escriba el nombre de su **PLAN DE SALUD:**  
\_\_\_\_\_

**POR FAVOR, RESPONDA CADA PREGUNTA QUE SE APLICA AL BENEFICIARIO**

Mi Doctor solicitó este beneficio de salud en esta fecha: \_\_\_\_\_

El Plan de Salud denegó este beneficio de salud en esta fecha: \_\_\_\_\_

Apelé el caso ante el Plan de Salud:

SÍ [ ] ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_ NO [ ]

El Plan de Salud me dio una respuesta a la apelación:

SÍ [ ] ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_ NO [ ]

¿Le pidió al Plan de Salud una apelación acelerada (72 Horas)? [ ] SÍ [ ] NO

¿Decidió el Plan de Salud la apelación en 72 Horas? [ ] SÍ [ ] NO

**NECESITO LO SIGUIENTE PARA MI AUDIENCIA (Marque estas Casillas si se aplican a usted):**

**Necesito una Audiencia Acelerada porque mi situación es urgente:** Mi caso debe decidirse muy rápidamente y no puedo esperar hasta 90 días. Esto es lo que sucederá si no se toma una decisión rápida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***EXPLIQUE POR QUÉ NO PUEDE ESPERAR HASTA 90 DÍAS. Si no da una explicación, su caso no será acelerado y será programado en el calendario normal. Puede presentar una carta de su doctor o plan que demuestre por qué usted no puede esperar.***

**Continuación de los Servicios/Ayuda Pagada Pendiente: Por favor continúen mi tratamiento** hasta que el Juez decida mi caso. (Describa el tratamiento que quiere continuar e indique **en qué fecha el plan lo interrumpió o tiene planeado interrumpirlo**):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Deseo un Intérprete Gratuito.** Mi idioma o dialecto es: \_\_\_\_\_

**Tengo una discapacidad y quiero una adaptación razonable que me ayude a participa en mi audiencia.** Las adaptaciones que quiero son:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Quiero que otra persona hable por mí (me represente) en la audiencia.** Esta persona puede ver mis registros médicos con relación a esta audiencia y asistir a la audiencia. La persona que elegí para hablar en mi nombre es:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Mi firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**ENVÍE ESTE FORMULARIO CON UNA COPIA DE LA CARTA (AVISO DE RESOLUCIÓN DE APELACIÓN) QUE RECIBIÓ DE SU PLAN SI LA TIENE. (SI USTED QUIERE CONSERVAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO, HAGA UNA COPIA ANTES DE ENVIARLO).**