

<IPA Logo>

AVISO DE AUTORIZACIÓN – CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

<<Date>>

<<Member Name>>

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

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

Fecha de Nacimiento: [Member DOB]
ID de Miembro: [Member ID]
Plan de Salud: Inland Empire Health Plan
Proveedor que Solicita el Servicio: [Requesting Provider Name]
Proveedor Solicitado: [Servicing Provider Name]
Número de Autorización/Certificación Previa: [Authorization or Referral #]

Estimado/a <<Member Name>>:

Nos complace informarle que se ha aprobado la Continuidad de la Atención Médica para <<service category>> con <<servicing provider name>>. Esto significa que usted puede seguir viendo a su Proveedor, aunque esté fuera de nuestra red.

Podrá ver a su Proveedor fuera de la red durante 12 meses a partir del día en que usted se inscribió en IEHP. El siguiente es un detalle de lo que se aprobó y durante cuánto tiempo.

- **Servicio Aprobado:** <<procedure grid CPT codes>>
- **Cantidad de Servicios Aprobados:** <<# of units approved>>
- **Proveedor Aprobado:** <<Servicing provider Name>> <<Servicing Provider Phone Number>>
- **Aprobado desde/hasta:** <<MM/DD/YYYY / MM/DD/YYYY>>

<<IPA>> se comunicará con usted y con su Proveedor antes de que termine su atención médica aprobada. Cuando lo hagamos, le diremos cómo cambiar su atención de un Proveedor fuera de la red a un Proveedor dentro de la red.

Desde ya, usted puede elegir un Proveedor de la red de <<IPA>> en cualquier momento. Para ver una lista de Proveedores y Farmacias de <<IPA>>, visite <<IPA Website>> o llame al <<IPA service number>>.

Si tiene alguna otra pregunta, llame a <<IPA>> al <<IPA service number>>.

Su salud es nuestra prioridad,

<<IPA>>

CC: [Requesting Provider]

[Servicing Provider]
[PCP]

Proveedor Solicitado: El servicio solamente se aprueba si el Miembro es elegible en el momento del servicio. Usted puede confirmar esto en línea en www.iehp.org o llamando al **(909) 890-3800** (IVR) o (888) 440-4340 (teléfono).

Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS)

Para obtener ayuda con Medi-Cal, puede llamar a la Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud de California (*California Department of Health Care Services, DHCS*) al **1-888-452-8609**, de lunes a viernes, de 8:00am a 5:00pm, excepto los días festivos. La Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud de California ayuda a que las personas con Medi-Cal ejerzan sus derechos y conozcan sus responsabilidades.

Departamento de Administración de Servicios Médicos de California

Si usted estuvo recibiendo atención de un Proveedor de atención médica, puede tener derecho a seguir atendándose con su Proveedor durante un período determinado. Por favor, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP y, si tiene más preguntas, puede comunicarse con el **Departamento de Administración de Servicios Médicos**, que protege a los consumidores, por teléfono al número gratuito **1-888-466-2219** o, para las personas con dificultades auditivas y del habla, al número **1-877-688-9891**, o bien visite en línea www.dmhc.ca.gov.