

[Insert the sending entity's logo and contact information]

<Date>

<Name of Beneficiary or Representative>

<Address>

Nombre del Miembro: <Member Name>

Nombre del Doctor: <Requesting provider>

Nº de Identificación del Miembro: <Member ID>

Servicio Solicitado: <Service category>

Nombre del Plan de Salud: IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare Medicaid Plan)

Nº de Teléfono del Plan de Salud: 1-877-273-IEHP (4347)

Horario de Atención del Plan de Salud: de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos

Fecha de la Solicitud Estándar:
<MM/DD/YYYY>

Fecha de la Solicitud Acelerada:
<MM/DD/YYYY>

Nombre del Doctor que lo Atiende: <Physician>

Hora de la Solicitud Acelerada
<HH:MM>

Estimado(a) <Member>:

Este aviso es en respuesta a su solicitud, o la de su doctor, de una decisión de cobertura [expedited seventy-two (72) hour-delete if not applicable] acerca de los servicios antes mencionados. <IEHP DualChoice or IPA> necesita extender nuestra revisión después del plazo de <72-hour or 14 calendar day>.

En el caso de su solicitud, se necesita una extensión de <insert #> días naturales porque:

OPCIÓN 1: Usted o su doctor solicitaron una extensión para que pudiera reunirse información adicional. [IEHP DualChoice or its delegated physician/ must explain how the need for this additional information is reasonable and necessary and in the interest of the member.]

OPCIÓN 2: Consideramos que la información adicional solicitada ayudará a nuestra revisión de la solicitud que usted o su doctor presentaron. [IEHP DualChoice or its delegated physician/ must explain how the need for this additional information is reasonable and necessary, and in the interest of the member. For example, the receipt of additional medical evidence from non-contracted physicians or additional tests may change a Medicare Advantage Organization's (MAO's) or physician /Medical Group's decision to deny.]

No extenderemos su solicitud [expedited seventy-two (72) hour-delete if not applicable] más de catorce (14) días naturales adicionales a partir de la fecha de la solicitud acelerada o estándar.

Durante esta extensión, [insert description of what the beneficiary must do in lay terms]

Puede presentar una queja formal acelerada (queja) por escrito o de forma verbal ante IEHP DualChoice si no está de acuerdo con nuestra decisión de retrasar su determinación. El proceso de queja formal le permite a un Miembro presentar una queja ante IEHP DualChoice sobre problemas que no sean reclamaciones o servicios denegados. IEHP DualChoice debe responder a una queja formal acelerada en un plazo de veinticuatro (24) horas a partir del momento de su recepción. Para presentar una queja formal acelerada, usted o su representante autorizado deben llamar por teléfono o enviar la queja formal escrita por correo o por fax a:

IEHP DualChoice

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Línea Gratuita: 1-877-273-IEHP (4347) o para Usuarios de TTY 1-800-718-4347

Fax: 1-909-890-5748

Seguiremos haciendo todo lo posible para obtener la información necesaria lo más pronto posible a fin de completar la revisión [expedited, delete if not applicable] de este asunto. Si tiene alguna pregunta o necesita proporcionar alguna información por favor comuníquese a Servicios para Miembros de <IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347/ Grupo Médico/información de contacto de la Asociación de Médicos Independientes (Independent Practice Association, IPA)>.

Atentamente,

<IEHP DualChoice/Medical Group/IPA>

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un Plan de Salud que tiene contrato con ambos, Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

cc: Physician, if Physician requested



**DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW
LA DISCRIMINACIÓN ES UN ACTO CONTRA LA LEY**

Inland Empire Health Plan (IEHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. IEHP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

IEHP:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact IEHP Member Services at 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

If you believe that IEHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Inland Empire Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator,
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
Tel. 1-877-273-4347, (TTY: 1-800-718-4347), Fax: 1-909-890-5748,
Email: CivilRights@iehp.org

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
Tel. 1-800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW LA DISCRIMINACIÓN ES UN ACTO CONTRA LA LEY

Inland Empire Health Plan (IEHP) cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. IEHP no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

IEHP:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas que prefieren comunicarse en un idioma diferente al inglés, como los siguientes servicios:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

Si considera que IEHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles:

Inland Empire Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator,
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
Tel. 1-877-273-4347, (TTY: 1-800-718-4347), Fax: 1-909-890-5748,
Email: CivilRights@iehp.org

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición para ayudarle.



DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW LA DISCRIMINACIÓN ES UN ACTO CONTRA LA LEY

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
Tel. 1-800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Puede obtener los formularios de queja en el sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

LANGUAGE ASSISTANCE

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347).

ةىبرعلا (ARABIC)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-273-4347 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-718-4347).

Հայերեն (ARMENIAN)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-877-273-4347(TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-718-4347):

繁體中文 (CHINESE)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-273-4347 (TTY : 1-800-718-4347)。

ىسراف (FARSI)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید.

हिंदी (HINDI)

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें।



LANGUAGE ASSISTANCE

Hmoob (HMONG)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus hmoob pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347).

日本語 (JAPANESE)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-877-273-4347 (TTY:1-800-718-4347) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (KHMER)

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។

한국어 (KOREAN)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)번으로 전화해 주십시오.

ພາສາລາວ (LAO)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່
ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347).

ਪੰਜਾਬੀ (PUNJABI)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский (RUSSIAN)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-273-4347(елетайп: 1-800-718-4347).

TAGALOG (TAGALOG – FILIPINO)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347).

ภาษาไทย (THAI)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

Tiếng Việt (VIETNAMESE)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-273-4347(TTY: 1-800-718-4347).