

<IPA>

<<Date>>

<<Member Name>>

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

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

Carta sobre la Decisión de Cobertura

[**IMPORTANTE:** Si necesita ayuda con este aviso, llame a <Nombre de la Asociación de Médicos Independientes (Independent Practice Association, IPA)> al <inserte el número de teléfono del servicio de atención al cliente de la IPA> (TTY: <Número TTY>) **O** a la **Oficina del Ombudsman de Atención Administrada y Salud Mental de Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care and Mental Health, MMCD) al 1-888-452-8609 (TTY: 1-800-719-5798)].**

N.º de identificación del plan de salud del miembro: <<Member ID>>

Servicio/artículo sobre el que trata esta carta:

Número de referencia:

En esta carta "nuestro plan" y "nosotros" se refieren a IEHP DualChoice (HMO D-SNP). Somos un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar la cobertura de ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de Medicare y Medi-Cal y sus doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica.

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

[Introduzca una descripción del servicio que incluya el monto, la duración y el alcance de lo que solicitó el afiliado (por ejemplo, consultas de terapia física dos veces a la semana durante un año) y el resultado, o artículo que se está denegando, denegando parcialmente, reduciendo, interrumpiendo, suspendiendo o cambiando, e incluya el nombre del doctor o proveedor si un doctor o proveedor en particular solicitó el servicio]

Formulario CMS-10716

Aprobación de la OMB 0938-1386 (Vencimiento: 11/30/2025)

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

H8894_DSNP_24_4598231_C_IPA_SP

Página 1 de 6

o artículo. Si una solicitud de servicio o artículo se deniega parcialmente, se reduce o se cambia, incluya específicamente lo que se solicitó y lo que se aprobó (por ejemplo, aprobamos servicios de acupuntura por tres meses en lugar de un año completo o aprobamos mover un inodoro a la pared sur en lugar de a la pared este del baño o antes aprobamos 18 visitas para acupuntura al año, pero ahora estamos reduciendo las visitas para permitir solo 10)].

[Indique si se trata de un caso posterior al servicio por el cual no existe ninguna responsabilidad para el miembro: **tenga en cuenta que no se le cobrará ni se le deberá dinero por este servicio**].

Nuestro plan tomó esta decisión porque *[Proporcione una razón específica para la denegación y una explicación concisa de por qué se denegó el servicio e incluya la ley estatal o federal, o las disposiciones de la Evidencia de Cobertura/Manual para Miembros o Afiliados que respaldan la decisión en un lenguaje sencillo. La explicación de la decisión debe incluir en un lenguaje sencillo: (1) el contexto pertinente para la decisión (por ejemplo, si el servicio fue aprobado para el afiliado en el pasado, la descripción debe incluir qué se aprobó previamente, cuándo se aprobó y por quién, y qué ha cambiado o es diferente ahora); (2) la información de cobertura considerada, incluidos los beneficios de cobertura de Medicare y Medi-Cal, y, (3) si corresponde, información sobre cómo o por qué las necesidades del afiliado no justifican el servicio o artículo solicitado; consulte las instrucciones para obtener más información]*.

[Indique si la denegación dará lugar a una interrupción, suspensión o reducción de un servicio que la persona ya ha estado recibiendo: **Nuestro plan <reducirá o interrumpirá o suspenderá> su servicio el <fecha de vigencia>**. Consulte la sección "Cómo seguir recibiendo su servicio durante su apelación" más adelante en esta carta para obtener información sobre cómo continuar recibiendo su servicio durante su apelación].

Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión

Puede apelar la decisión de nuestro plan. Comparta esta carta con su proveedor de atención médica y pregúntele sobre los siguientes pasos que debe dar. Si apela y nuestro plan cambia su decisión, podemos pagar 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 usamos para tomar nuestra decisión. Esta puede incluir registros médicos, pautas y otros documentos. Debe mostrarle esta información a su proveedor de atención médica para ayudarle a decidir si debe usted apelar.

Debe apelar antes del *[Introduzca la fecha límite para la presentación de la apelación específica con el formato mes, fecha y año: 60 días del calendario a partir de la fecha de la carta. Introduzca la fecha límite en negrita]*. Nuestro plan puede darle más tiempo si tiene una razón justificada.

Hay dos tipos de apelaciones

Nuestro plan tiene dos tipos de apelaciones: apelaciones estándar y apelaciones aceleradas.

1. Si pide una **apelación estándar**, nuestro plan le enviará una decisión por escrito dentro de los **siete días del calendario posteriores a la recepción de su apelación**.
2. Si pide una **apelación acelerada**, nuestro plan le enviará una decisión dentro de las **72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Puede pedir una apelación acelerada si usted o su proveedor de atención médica consideran que su salud podría verse **seriamente perjudicada** si espera hasta **siete días del calendario** para recibir una decisión. Nuestro plan **automáticamente** le otorgará una apelación acelerada si su **proveedor de atención médica la pide por usted** o si su **proveedor de atención médica respalda su solicitud**. Si pide una apelación acelerada sin el respaldo de un proveedor de atención médica, nuestro plan decidirá si puede obtener una apelación acelerada. Si nuestro plan no aprueba una apelación acelerada, le daremos una decisión sobre su apelación en un plazo de **siete días del calendario**.

Tanto para las apelaciones estándar como para las aceleradas, nuestra decisión podría tardar más si usted pide más tiempo o si necesitamos que nos dé más información. Nuestro plan le enviará una carta y le informará si necesitamos más tiempo y por qué.

Cómo apelar

Usted, alguien a quien haya nombrado 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:

- **Teléfono:** llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).
- **Fax:** envíe un fax a 909-890-5748.
- **Correo postal:** envíela por correo postal a IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987.
- **En persona:** entréguela en 10801 6th Street, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987.

Si apela por escrito, conserve una copia. Si llama, le enviaremos una carta con lo que nos dijo por teléfono.

Cuando apele, tiene que darnos:

- Su nombre.
- Su dirección o una dirección a la que debemos enviarle la información sobre su apelación (si no tiene una dirección actual, de todos modos puede apelar).
- Su número de miembro de nuestro plan.

- Las razones por las que está apelando nuestra decisión.
- Si desea presentar una apelación estándar o acelerada. (Para una apelación acelerada, díganos por qué la necesita).
- Cualquier cosa que quiera que nuestro plan examine y que muestre por qué necesita el servicio. Por ejemplo, puede enviarnos:
 - Expedientes 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 acelerada), u
 - Otra información que diga por qué necesita el servicio.

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

Cómo seguir recibiendo su servicio durante su apelación

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

- **Debe apelar y pedirle a nuestro plan continuar recibiendo su servicio durante los 10 días del calendario siguientes a la fecha de este aviso.**
- Consulte la sección "Cómo apelar" que aparece más arriba en esta carta para obtener información sobre cómo comunicarse con nuestro plan.
- Si solicita a nuestro plan continuar con su servicio, este 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 sigue?

Después de apelar, nuestro plan le enviará una carta de decisión sobre la apelación para informarle si aprobamos o denegamos su apelación. Si nuestro plan sigue denegando el servicio indicado en la primera página de esta carta de decisión de cobertura, la carta de decisión de la apelación le indicará qué sigue, como información sobre 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

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

Si quiere que alguien apele por usted:

- Llame a nuestro plan al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) para saber cómo nombrar a esa persona como su representante. O 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 desea.
- Envíenos la declaración firmada por correo o fax a:

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

Fax: 909-890-5748

- Guarde una copia.

Obtenga ayuda y más información

- **Servicios para Miembros de IEHP DualChoice:** llame al 1-877-273-IEHP (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 (*Department of Health Care Services, DHCS*) de California:** llame al 1-888-452-8609 (TTY: 1-800-719-5798). La Oficina del Defensor puede responder preguntas si tiene algún problema con su apelación. Ahí también pueden ayudarle a entender qué hacer después. No están relacionados 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 (*Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP*) de California:** llame al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Los asesores del HICAP pueden ayudarle con problemas de Medicare, incluido cómo apelar. El HICAP no está vinculado 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](https://www.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.
 - **Eldercare Locator:** llame al 1-800-677-1116 o visite www.eldercare.acl.gov para encontrar ayuda en su comunidad.
-

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-877-273-IEHP (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.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que sufrió discriminación. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

*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.*