# Carta de decisión de cobertura

# [IMPORTANT: For help with this notice, call <IPA Name> at<insert IPA customer service phone #> (TTY: <TTY number>) OR MMCD Office of the Ombudsman at 1-888-452-8609 (TTY: 1-800-719-5798).]

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

Servicio/artículo sobre el cual trata esta carta:

Número de referencia: <<Medical Management Authorization Number>>

IEHP DUALCHOICE (HMO D-SNP) se llama “nuestro plan” o “nosotros” en esta carta. Somos un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar cobertura para ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de Medicare y Medi-Cal y sus médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención de salud.

### Nuestro plan <ha denegado *or* ha denegado parcialmente *or* ha reducido *or* ha interrumpido *or* ha suspendido> el service descrito 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.**

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 should include: (1) relevant context for the decision (e.g., if the 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 pregunte sobre los pasos siguientes. Si usted 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 utilizamos para tomar nuestra decisión. Esto puede incluir registros de salud, pautas y otros documentos. Debería mostrar esta información a su proveedor de atención médica para que le ayude a decidir si debería apelar.

**Usted debe apelar ante nuestro plan antes del** [*Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 65 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text*]**.** Nuestro plan puede darle más tiempo si usted tiene una buena razón.

## Hay dos tipos de apelaciones

**Nuestro plan tiene dos tipos de apelaciones: apelaciones estándar y apelaciones rápidas.**

1. Si usted solicita una **apelación estándar**, nuestro plan le enviará una decisión escrita dentro de [*for a Part B drug, insert:* **7 calendar days** *or**for any other medical service/item, insert:* **30 calendar days** *or**a shorter timeframe if required by the state*] **después de que recibamos su apelación.**
2. Si usted solicita una **apelación rápida**, nuestro plan le enviará una decisión dentro de las **72 horas después de que recibamos su apelación.** Puede solicitar una apelación rápida si usted o su proveedor de atención médica consideran que su salud podría **deteriorarse gravemente** si espera hasta [*for a Part B drug, insert:* **7 calendar days** *or**for any other medical service/item, insert:* **30 calendar days** *or**a shorter timeframe if required by the state*]para una decisión. Nuestro plan le dará **automáticamente** una apelación rápida si su **proveedor de atención médica la solicita para usted** o si su **proveedor de atención médica respalda su solicitud.** Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de un proveedor de atención médica, nuestro plan decidirá si usted puede tener una apelación rápida. Si nuestro plan no aprueba una apelación rápida, le daremos una decisión sobre su apelación dentro de [*for a Part B drug, insert:* **7 calendar days** *or for any other medical service/item, insert:* **30 calendar days** *or**a shorter timeframe if required by the state*].

Tanto para las apelaciones estándar como para las rápidas, nuestra decisión podría demorar 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 la razón.

## Cómo apelar

Pueden apelar usted, alguien a quien usted haya designado por escrito como su representante para que actúe en su nombre (por ejemplo, un pariente, amigo o abogado) o su proveedor de atención médica. Puede comunicarse con nuestro plan para apelar de alguno de estos modos:

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

Si apela por escrito, conserve una copia. Si llama, le enviaremos una carta que dirá lo que usted nos comunicó por teléfono.

Cuando apele, deberá informar a nuestro plan:

* Su nombre.
* Su domicilio o un domicilio al cual deberíamos enviarle la información acerca de su apelación (si no tiene una dirección actualizada, puede presentar la apelación igualmente).
* Su número de miembro de nuestro plan.
* La(s) razón(es) por la(s) que apela nuestra decisión.
* Si desea una apelación estándar o rápida. (Para una apelación rápida, díganos por qué la necesita).
* Todo lo que usted desee que nuestro plan revise que demuestre por qué usted necesita el servicio. Por ejemplo, puede enviarnos:
	+ Registros médicos de su proveedor de atención médica,
	+ Cartas de su proveedor de atención médica (por ejemplo, una declaración de su proveedor de atención médica que indique la razón por la cual necesita una apelación rápida), u
	+ Otra información que indique por qué necesita el servicio.

Para obtener más información acerca de cómo apelar, llame a Servicio 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 hay disponible una copia actualizada de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en www.iehp.org o puede llamar a nuestro plan.

## Cómo seguir recibiendo su servicio durante la apelación

Si usted ya está recibiendo el servicio que figura en la primera página de esta carta, puede pedirnos seguir recibiéndolo durante la apelación.

* **Debe apelar y solicitar que nuestro plan continúe brindando su servicio dentro de los 10 días calendario de la fecha de este aviso.**
* Consulte la sección “Cómo apelar” más arriba en esta carta para obtener información acerca de cómo comunicarse con nuestro plan.
* Si usted le solicita a nuestro plan que continúe con su servicio, dicho servicio permanecerá igual durante su apelación.
* Si su proveedor de atención médica está presentando la apelación en su nombre y usted desea seguir recibiendo el servicio, entonces su proveedor de atención médica debe incluir el consentimiento escrito de usted.

## ¿Qué sucede después?

Después de su apelación, nuestro plan le enviará una carta de decisión de apelación para informarle si aprobamos o denegamos su apelación. Si nuestro plan sigue denegando el servicio que figura en la primera página de esta Carta de Decisión de Cobertura, la carta de decisión de cobertura le informará lo que sucederá después, por ejemplo, le brindará información acerca de una apelación de Nivel 2 de Medicare o sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal ante el Departamento de Servicios Sociales de California.

## ¿Qué tiene que hacer si necesita ayuda con su apelación?

Puede pedirle a alguien que presente la apelación por usted y que actúe en su nombre. Primero debe designar a esta persona por escrito como su “representante” siguiendo los pasos a continuación. Su representante puede ser un pariente, amigo, abogado, médico, proveedor de atención médica u otra persona en la que usted confíe.

Si usted desea que alguien presente la apelación por usted:

* Llame a nuestro plan al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) para saber cómo designar a esa persona como su representante. O puede visitar
[Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](http://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 establezca que esto es lo que usted desea.
* Envíenos por correo o fax la declaración firmada a:
* IEHP DualChoice Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga,
CA 91730
* Fax: 909-890-5748
* Conserve una copia.

## Reciba ayuda y más información

* **Servicios para Miembros de IEHP DualChoice:** Llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347), de 8am-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 de California (*Department of Health Care Services, DHCS*):** Llame al 1-888-452-8609 (TTY: 1-800-719-5798). La Oficina del Defensor de los Beneficiarios puede responder preguntas si usted tiene un problema con su apelación. Puede ayudarle a saber cuáles son los pasos siguientes. No está relacionada con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos.
* **Programa de Defensoría y Asesoramiento sobre Seguros de Salud de California (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*):** Llame al
1-800-434-0222 (TTY: 711). Los asesores del HICAP pueden ayudarle con problemas de Medicare, incluso con cómo presentar una apelación. El HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni 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](http://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](http://www.medicarerights.org/).
* **Servicio de Localización de Cuidado para Personas Mayores (Elder Care Locator):** Llame al 1-800-677-1116 o visite [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) para encontrar ayuda en su comunidad.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. La llamada es gratuita.

Usted tiene el derecho de recibir la información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. Usted también tiene el derecho de presentar una queja si cree que ha sido discriminado. 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

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