**Importante:** Este aviso explica su derecho a apelar nuestra decisión. Lea este aviso detalladamente. Si necesita ayuda, puede llamar a uno de los números que aparecen al final en la sección “Obtener ayuda y más información”. También puede consultar el Capítulo 9 del *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Aviso de Denegación de Pago

**Fecha: Número de Miembro:**

**Nombre:**

<*Insert other identifying information, as necessary (e.g., provider name, enrollee’s Medicaid number, service subject to notice, date of service).>*

# Su solicitud fue denegada

Hemos <denegado, interrumpido, reducido, suspendido> el pago de los servicios/artículos médicos *o* medicamento de la Parte B *o* medicamento de Medi-Cal que aparecen a continuación solicitado por usted
o su proveedor:

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

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

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

## ¿Por qué denegamos su solicitud?

Hemos <denegado, detenido, reducido, suspendido> el pago de los servicios/artículos médicos *o* medicamento de la Parte B *o* medicamento de Medi-Cal mencionado anteriormente porque<*Provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage (Member Handbook) provisions to support decision*>:

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

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

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

<*Where the plan has determined that the drug is covered under Medicare Part D, insert the following text:* Esta solicitud se denegó bajo su beneficio de la Parte B de Medicare; sin embargo, la cobertura o el pago de los medicamentos solicitados se aprobó bajo la Parte D de Medicare. <*Insert, as applicable, an explanation of the conditions of approval in a readable and understandable format*>. Si cree que la Parte B de Medicare le debe cubrir este medicamento, puede presentar una apelación.>

Debe entregar una copia de esta decisión a su doctor para que usted y su doctor puedan hablar de los próximos pasos. Si su doctor solicitó cobertura en su nombre, le enviamos a él una copia de esta decisión.

## Usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión

Usted tiene derecho a solicitar a IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) que revise nuestra decisión para lo cual nos deberá solicitar una Apelación de Nivel 1 (*Level 1 Appeal*) (a veces llamada “apelación interna” o “apelación del plan”). En casos especiales, también puede solicitar una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) sin antes apelar ante nuestro plan. No puede solicitar una IMR si ya tuvo una Audiencia Estatal (*State Hearing)* sobre el mismo asunto. Si obtiene una IMR, pero no está conforme con el resultado, todavía puede solicitar una Audiencia Estatal.

Solicite a IEHP DualChoice una Apelación de Nivel 1 dentro de los **60 días del calendario** posteriores a la fecha de este aviso. Le podemos otorgar más tiempo si tiene un buen motivo para no cumplir el plazo. Consulte la sección titulada “Cómo solicitar una Apelación de Nivel 1 ante IEHP DualChoice” para saber cómo solicitar una apelación a nivel del plan.

| **Cómo conservar sus servicios mientras revisamos su caso:** si nuestra decisión es interrumpir o reducir un servicio, usted puede seguir obteniendo el servicio mientras se revisa su caso. **Si desea continuar con el servicio, debe presentar una apelación dentro de los 10 días del calendario** posteriores a la fecha de este aviso o antes de que el servicio se interrumpa o reduzca, lo que sea posterior. |
| --- |

## Si desea que otra persona actúe en su nombre

Usted puede designar a un familiar, amigo, abogado, doctor u otra persona para que actúe como su representante. Si desea que otra persona actúe en su nombre, llámenos al: 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos, para obtener información sobre cómo designar a su representante. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. Tanto usted como la persona que usted desea que actúe por usted deben firmar y fechar una declaración que indique que usted así lo desea. Deberá enviarnos esta declaración por correo o por fax. Conserve una copia para sus registros.

**Apelación estándar**: Le comunicaremos una decisión por escrito sobre una apelación estándar en un plazo de <**30 días del calendario**, **7 días del calendario>** después de recibir su apelación. Nuestra decisión podría demorar más si solicita una extensión o si necesitamos más información sobre su caso. Le informaremos si estamos tomando un periodo de tiempo adicional y le explicaremos por qué se necesita más tiempo. Si su apelación es por el pago de un servicio/artículo médico *o* medicamento de la Parte B *o* medicamento de Medi-Cal que ya recibió, le comunicaremos una decisión por escrito dentro de los siguientes **60 días del calendario**.

# Cómo solicitar una Apelación de Nivel 1 ante IEHP DualChoice

**Paso 1:** Usted, su representante o su proveedor deben solicitar una apelación en un plazo de **60 días del calendario** a partir de que reciba este aviso.

Su solicitud por <escrito> debe incluir:

* Su nombre
* Domicilio
* Número de Miembro
* Motivos por los que apela
* Cualquier evidencia que desee que revisemos, como registros médicos, cartas de los doctores u otra información que explique por qué necesita el (los) servicios/artículos médicos *o* medicamentos de la Parte B *o* medicamento de Medi-Cal. Llame a su doctor si necesita esta información.

Le recomendamos que conserve una copia de todo lo que nos envíe para sus registros.

Usted puede solicitar revisar los registros médicos y otros documentos que utilicemos para tomar nuestra decisión antes de o durante la apelación. También puede solicitar una copia de los criterios que usamos para tomar nuestra decisión, sin costo alguno para usted.

**Paso 2:** Entregue su apelación personalmente o por correo, fax o llámenos.

**Para una Apelación Estándar:** Dirección postal: IEHP DualChoice

 P.O Box 1800

 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Teléfono: 1-877-273-IEHP (4347)

Usuarios de TTY: 1-800-718-4347

Fax: 909-890-5748

Si solicita una apelación estándar por teléfono, le repetiremos su solicitud para asegurarnos de haberla documentado correctamente. También le enviaremos una carta para confirmar lo que nos informó. La carta le indicará cómo hacer correcciones.

## ¿Qué sigue?

Si solicita una Apelación de Nivel 1 y continuamos denegando su solicitud de pago de un servicio, le enviaremos una decisión por escrito.

Si el servicio fue originalmente un servicio de Medicare o un servicio cubierto por Medicare y Medi-Cal, enviaremos su caso a un revisor independiente automáticamente. Si el revisor independiente deniega su solicitud, la decisión escrita le explicará si usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si el servicio fue un servicio de Medi-Cal, puede solicitar una **Revisión Médica Independiente** (*Independent Medical Review, IMR*) o una **Audiencia Estatal**. La decisión escrita le dará instrucciones sobre cómo solicitar el siguiente nivel de apelación. A continuación, también se proporciona esta información.

# Cómo solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR)

Puede solicitar una Revisión Médica Independiente para servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal al Departamento de Atención Médica Administrada de California (Departamento) Puede solicitar una IMR si no está de acuerdo con la decisión de IEHP DualChoice sobre la Apelación de Nivel 1 o si IEHP DualChoice no ha resuelto su Apelación de Nivel 1 después de 30 días. En casos especiales, también puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) sin antes apelar ante nuestro plan.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación de Nivel 1 ante IEHP DualChoice antes de solicitar una IMR; sin embargo, es posible que pueda obtener una IMR sin antes apelar ante IEHP DualChoice si:

* Su problema es urgente e implica una amenaza inmediata y grave para su salud.
* IEHP DualChoice denegó un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque es experimental o de investigación.

No puede solicitar una IMR si usted ya ha tenido una Audiencia Estatal sobre el mismo asunto. Si obtiene una IMR, pero no está conforme con el resultado, todavía puede solicitar una Audiencia Estatal.

Cómo solicitar una IMR. Conteste el Formulario de Quejas/Revisión Médica Independiente en línea disponible en [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) o puede contestar el formulario de solicitud de IMR impreso, que se incluye con este aviso y enviarlo a:

Help Center

Department of Managed Health Care

980 Ninth Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

FAX: 916-255-5241

Si elige hacerlo, puede adjuntar copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que denegamos. Si lo hace, envíe copias de los documentos, no los originales. Es posible que el Centro de Ayuda del Departamento no pueda devolver todos los documentos originales.

Usted o su representante deben solicitar una IMR dentro de los 6 meses posteriores de que le enviemos una decisión por escrito. Sin embargo, el Departamento puede extender el plazo de 6 meses por razones justificadas; por ejemplo, si usted tenía una condición médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o si no recibió una notificación adecuada del proceso de IMR.

Llame al Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care, DMHC) sin cargo al 1-888-466-2219 para obtener ayuda gratuita. El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al 1-877-273-IEHP (4347) y usar el proceso de quejas 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 no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja formal que haya permanecido sin resolverse durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar ayuda. También usted podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que sean experimentales o de investigación y las disputas de pago por servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TTY (1-877-688-9891) para personas con problemas de audición y del habla. El sitio web de Internet del Departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

## ¿Qué sigue?

Si califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los siguientes 7 días del calendario para informarle que califica para una IMR. Después de que se reciba su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de IMR se tomará dentro de los siguientes 30 días del calendario. Debe recibir la decisión de la IMR dentro de los 45 días del calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en un plazo de 2 días del calendario para informarle que califica para una IMR. Después de que se reciba su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de la IMR se tomará dentro de los siguientes 3 días del calendario. Debe recibir la decisión de la IMR dentro de los 7 días del calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa.

La IMR puede demorar más si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de su parte o de su doctor tratante. Si está recibiendo atención de un doctor que no está en la red de su plan de salud, es importante que le pida sus registros médicos y nos los envíe. Su plan de salud debe obtener copias de sus registros médicos de parte de los doctores que pertenecen a la red.

Serán doctores que no forman parte de IEHP DualChoice los que revisarán su caso. El DMHC le enviará una carta para explicarle la decisión. Si la decisión de la IMR es a su favor, IEHP DualChoice debe proporcionarle el servicio o el tratamiento que usted solicitó. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una Audiencia Estatal siempre que no haya tenido una Audiencia Estatal sobre el mismo asunto.

Si usted no califica para una IMR, su asunto será revisado a través del proceso de quejas estándar del DMHC. Usted recibirá un aviso escrito de la decisión en un plazo de 30 días. Si decide no usar el proceso de la IMR, podría estar renunciando a los derechos que le otorgan las leyes de California de emprender acción legal contra IEHP DualChoice sobre el servicio o el tratamiento que está solicitando.

# Cómo solicitar una Audiencia Estatal

Si el servicio fue un servicio o artículo cubierto por Medi-Cal, puede solicitar una Audiencia Estatal. Usted únicamente puede solicitar una audiencia estatal después de haber apelado a nuestro plan de salud y recibido una decisión por escrito con la que no está de acuerdo. Tenga en cuenta que, si tiene una audiencia estatal, no podrá solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR).

Paso 1: Usted o su representante deben solicitar una Audiencia Estatal en un plazo de 120 días a partir de la fecha de nuestra notificación de que se ha confirmado la determinación adversa respecto a los beneficios (decisión de apelación de nivel 1). Responda el “Formulario para Presentar una Audiencia Estatal” (Form to File a State Hearing) que se incluye en el aviso de decisión de la apelación. Asegúrese de incluir toda la información solicitada.

Paso 2: Envíe su formulario completo a:

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

FAX: 916-651-5210 o 916-651-2789

También puede solicitar una audiencia estatal llamando al 1-800-952-5253 (TTY: 1-800-952-8349). Si decide realizar la solicitud por teléfono, debe saber que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

## ¿Qué sigue?

El Estado llevará a cabo una audiencia. Usted puede presenciar la audiencia en persona o escucharla por teléfono. Se le solicitará a usted que informe al Estado por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Puede pedirle a un amigo, familiar, defensor, proveedor o abogado que le ayude. Recibirá una decisión por escrito en la que se le explicará si tiene derechos de apelación adicionales.

Se envió una copia de este aviso a: <*insert name>*.

# Obtener ayuda y más información

* Llame a **IEHP DualChoice** al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los
7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. También puede visitar nuestro sitio web en www.iehp.org.
* Llame al **Departamento de Atención Médica Administrada de California** para obtener ayuda gratuita para entender sus derechos y la información sobre el proceso de quejas y la Revisión Médica Independiente (IMR) al 1-888-466-2219.
* Llame a **Health Consumer Alliance** para obtener ayuda gratuita con su atención médica al 1-888-804-3536.
* Llame al **Programa de Defensoría de los Beneficiarios de Cal MediConnect** (*Cal MediConnect Ombuds Program*)para obtener ayuda gratuita. El Programa de Defensoría de los Beneficiarios de Cal MediConnect ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect a tratar los problemas sobre servicios o facturación. Pueden explicarle cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación. El número de teléfono es 1-855-501-3077.
* Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* Llame al **Centro de Derechos de Medicare** al 1-800-333-4114.
* Llame al **Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico *(****Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)*para obtener ayuda gratuita. El HICAP es una organización independiente. No está vinculado con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
* Hable con **su doctor o algún otro proveedor**. Su doctor o algún otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
* También puede consultar el **Capítulo 9 del *Manual para Miembros*** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

Usted puede solicitar esta información en otros formatos, como impresión con letra grande, Braille o audio. Llame al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.