

*[Insert IPA logo]*  
*Address/phone/fax/hours of operation*

**AVISO DE ACCIÓN  
Acerca de Su Solicitud de Tratamiento**

*[Date]*

*[Member's Name]*  
*[Address]*  
*[City, State Zip]*

*[Treating Provider's Name]*  
*[Address]*  
*[City, State Zip]*

Número de Identificación

**RE:** *[Service requested]*

*[Name of requesting provider]* solicitó a *[IPA Name]* la aprobación de *[Service requested]*. No podemos aprobar este tratamiento de la manera en que está. El motivo es que *[Insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity].*

En su lugar, aprobaremos: *[Service approved]*.

Consulte su “Manual para Miembros”/Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage, EOC*) para obtener más información sobre la cobertura de beneficios.

Si necesita la traducción de la explicación anterior, por favor, comuníquese con:

Inland Empire Health Plan  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800  
(800) 440-4347 / (800) 718-4347 TTY

Usted puede solicitar copias gratuitas de toda la información que se utilizó para tomar esta decisión, esto incluye, una copia de la disposición sobre beneficios, las pautas, el protocolo o los criterios en los que basamos nuestra decisión. Para solicitar copias, llame o escriba a:

*[IPA Name]*  
*[IPA Address]*  
*[IPA Address]*  
*[IPA Address]*

**[IPA Phone Number]**

Usted puede apelar esta decisión. El aviso adjunto con información sobre “Sus Derechos” le indica cómo hacerlo. Además le informa a dónde debe ir para solicitar ayuda gratuita, incluida la ayuda legal gratuita. Le recomendamos que envíe toda la información que podría ayudar en su caso. El aviso “Sus Derechos” contiene las fechas límite para solicitar una apelación.

La “Oficina del Defensor” (*Ombudsman Office*) de la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal del Estado puede responder a sus preguntas. Usted puede llamar a la oficina al 1-888-452-8609. Además, puede recibir ayuda de su doctor, o llamarnos al 1-800-440-4347.

Este aviso no afecta a ninguno de los demás servicios de Medi-Cal que usted recibe.

**[Medical Director's Name]**

Documentos adjuntos:

“Sus Derechos conforme a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal”

“Notificación de La Sección 1557 de No Discriminación y Asistencia de Idiomas”

[Insert IPA logo]

Address/phone/fax/hours of operation

## SUS DERECHOS CONFORME A LA ATENCIÓN MÉDICA COORDINADA DE MEDI-CAL

---

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN QUE SE TOMÓ PARA SU TRATAMIENTO MÉDICO, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE SU PLAN DE SALUD.

### CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Usted tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de “Aviso de Acción” para presentar una apelación. Pero, **si actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar recibiendo tratamiento, debe solicitar una apelación dentro de un plazo de 10 días** a partir de la fecha en que esta carta fue sellada o entregada a usted, O BIEN, antes de la fecha de la interrupción de los servicios que su plan de salud indica. Debe señalar que desea continuar recibiendo tratamiento cuando solicite la apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con **IEHP** de **8:00 AM a 5:00 PM** llamando al **1-800-440-IEHP (4347)**. O, si tiene dificultades para oír o hablar, por favor, llame al **1-800-718-4347**.

- Por escrito: Llene un formulario de apelación o escriba una carta y envíela a:

*Inland Empire Health Plan  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800*

El consultorio de su doctor tiene que tener formularios de apelación disponibles. Su plan de salud también puede enviarle un formulario.

- Por vía electrónica: Visite el sitio web de su plan de salud. Vaya a **[www.iehp.org](http://www.iehp.org)**.

Puede presentar una apelación por su cuenta. O bien, puede pedirle a un pariente, amigo, defensor, doctor o abogado que presente la apelación en nombre de usted. Puede enviar cualquier tipo de información que desee que su plan de salud revise. Un doctor, diferente del doctor que tomó la primera decisión, analizará su apelación.

Su plan de salud tiene 30 días para darle una respuesta. En ese plazo, usted recibirá una carta de “Aviso de Resolución de Apelación”. La carta le comunicará la decisión del plan de salud. **Si no recibe una carta dentro de los 30 días, usted puede:**

- Solicitar una “**Revisión Médica Independiente**” (*Independent Medical Review, IMR*) y un revisor externo que no está relacionado con el plan de salud revisará su caso.
- Solicitar una “**Audiencia Estatal**” y un juez revisará su caso

Lea las siguientes instrucciones para pedir una IMR o Audiencia Estatal.

### **APELACIONES ACELERADAS**

Si considera que esperar 30 días dañará su salud, usted podría obtener una respuesta en un lapso de 72 horas. Cuando presente su apelación, explique por qué esperar dañaría su salud. Asegúrese de pedir una “**apelación acelerada**”.

---

### **SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN SOBRE LA APELACIÓN**

Si usted presentó una apelación y recibió una carta de “Aviso de Resolución de Apelación” para decirle que su plan de salud aún no le prestará los servicios, o **si nunca recibió una carta para comunicarle la decisión y ya pasaron 30 días**, usted puede:

- Solicitar una “**Revisión Médica Independiente**” (*Independent Medical Review, IMR*) y un revisor externo que no está relacionado con el plan de salud revisará su caso
- Solicitar una “**Audiencia Estatal**” y un juez revisará su caso

**Puede solicitar una IMR y una Audiencia Estatal a la vez.** También puede solicitar una antes que la otra para ver si se resuelve su problema. Por ejemplo, si solicita primero una IMR, pero no está de acuerdo con la decisión, todavía puede solicitar una Audiencia Estatal. Sin embargo, si solicita primero una Audiencia Estatal, pero la audiencia ya ha tenido lugar, no puede solicitar una IMR. En este caso, la Audiencia Estatal tiene la última palabra.

No tendrá que pagar por una IMR ni por una Audiencia Estatal.

---

## **REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)**

Si usted desea una IMR, primero debe presentar una apelación ante su plan de salud. Si no tiene noticias de su plan de salud dentro de 30 días, o si no está conforme con la decisión de su plan de salud, entonces puede solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR dentro de un plazo de **180 días** a partir de la fecha de la carta de “Aviso de Resolución de Apelación”.

**Usted podría tener derecho a una IMR inmediatamente sin presentar primero una apelación. Esto es para los casos en los que su salud está en peligro inmediato o la solicitud se ha denegado porque el tratamiento se considera experimental o de investigación.**

El siguiente párrafo le brindará información sobre cómo solicitar una IMR. Observe que el término “queja formal” hace referencia tanto a “quejas” como a “apelaciones”.

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de reglamentar los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja formal en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **1-800-440-IEHP (4347)** y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de algún 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 su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que haya quedado sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-HMO-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del Departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

---

## **AUDIENCIA ESTATAL**

Si desea una Audiencia Estatal, debe solicitarla dentro de un plazo de **120 días** a partir de la fecha de la carta de “Aviso de Resolución de Apelación”. Puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono o por escrito:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-952-5253**. Este número puede estar muy ocupado. Es posible que escuche un mensaje que le pide que vuelva a llamar más tarde. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Por escrito:** llene un formulario de Audiencia Estatal o envíe una carta a:

**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, Número de Seguro Social y el motivo por el cual desea una Audiencia Estatal. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia Estatal, incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, indíquenos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Nosotros le conseguiremos uno.

Después de solicitar una Audiencia Estatal, podrían pasar hasta 90 días antes de que su caso se decida y se le envíe una respuesta. Si considera que esperar ese tiempo dañará su salud, podría obtener una respuesta dentro de 3 días laborables. Solicite a su doctor o plan de salud que escriba una carta en nombre de usted. En dicha carta se debe explicar en detalle de qué manera una espera de hasta 90 días para que se decida su caso dañaría gravemente su vida, su salud o su capacidad de lograr, mantener o recuperar una función al máximo. En ese caso, asegúrese de solicitar una **“audiencia acelerada”** y presente la carta junto con su solicitud de audiencia.

Puede hablar en la Audiencia Estatal usted mismo. O bien, puede pedirle a un pariente, amigo, defensor, doctor o abogado que hable en nombre de usted. Si desea que otra persona hable en su representación, debe informarle a la oficina de la Audiencia Estatal que la persona está autorizada a hablar por usted. Esta persona se denomina “representante autorizado”.

## **AYUDA LEGAL**

Usted podría obtener ayuda legal gratuita. Llame al **Departamento del Estado de Protección del Consumidor 1-800-952-5210**. También puede llamar a la Sociedad de Asistencia Legal local de su condado al 1-888-804-3536.



**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 1-800-440-4347 (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. 1-800-440-4347, (TTY: 1-800-718-4347), Fax: 1-909-890-5748,  
Email:[CivilRights@iehp.org](mailto: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 1-800-440-4347 (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. 1-800-440-4347, (TTY: 1-800-718-4347), Fax: 1-909-890-5748,  
Email:[CivilRights@iehp.org](mailto: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 1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

#### Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

#### ةىبرعلا (ARABIC)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-440-4347 (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 1-800-440-4347 (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 1-800-440-4347 (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 1-800-440-4347 تماس بگیرید. (TTY: 1-800-718-4347)

#### हिंदी (HINDI)

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-440-4347 (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 1-800-440-4347 (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。  
1-800-440-4347 (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 1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។

### 한국어 (KOREAN)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.  
1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)번으로 전화해 주십시오.

### ພາສາລາວ (LAO)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່  
ເສັ້ນຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-440-4347 (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 1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### Русский (RUSSIAN)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-440-4347 (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 1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

### ภาษาไทย (THAI)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-440-4347 (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 1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347).