



**Importante:** Este aviso explica su derecho a apelar nuestra decisión. Léalo detalladamente. Si necesita ayuda, puede llamar a uno de los números que aparecen en la última página en “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>* los servicios/artículos médicos que se enumeran a continuación y que usted o su proveedor habían solicitado:

---

---

---

### ¿Por qué denegamos su solicitud?

Hemos *<denegado, interrumpido, reducido, suspendido>* en los servicios/los artículos médicos enumerado(s) arriba porque *<Provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage (Member Handbook) provisions to support decision>*:

---

---

---

Debe entregar o mostrar 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, hemos enviado una copia de esta decisión a su doctor.

### Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión

Usted tiene derecho a pedir que IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) revise nuestra decisión, solicitándonos una Apelación de Nivel 1 (a veces llamada “apelación interna” o “apelación del plan”). En casos especiales, también puede solicitar una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*) sin apelar primero ante nuestro plan. Usted no puede solicitar una IMR si ya recurrió a 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 de nivel del plan.

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

## 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), de 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 desea que actúe en su nombre deben firmar y fechar una declaración para confirmar que usted así lo desea. Usted deberá enviarnos esta declaración por correo o por fax. Conserve una copia para sus registros.

## Existen 2 tipos de apelaciones de Nivel 1 para presentar ante IEHP DualChoice

**Apelación estándar:** Le comunicaremos una decisión por escrito sobre una apelación estándar dentro de los **30 días del calendario** posteriores a partir de haber recibido su apelación. Nuestra decisión podría llevar más tiempo si usted solicita una extensión o si nosotros necesitamos más información sobre su caso. Le informaremos si tomamos un tiempo adicional y le explicaremos por qué se necesita más tiempo. Si su apelación es por el pago de servicios/artículos médicos que ya recibió, le comunicaremos una decisión por escrito dentro de los **60 días del calendario** posteriores.

**Apelación rápida (acelerada):** Le comunicaremos una decisión sobre una apelación acelerada con la rapidez que lo requiera su condición, y siempre dentro de las **72 horas** posteriores a partir de haber recibido su apelación. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su doctor consideran que esperar a obtener una decisión sobre una apelación estándar podría dañar gravemente su salud.>

**Le otorgaremos automáticamente una apelación rápida si un doctor la solicita en su nombre o si su doctor respalda su solicitud.** Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de un doctor, nosotros decidiremos si su solicitud requiere una apelación rápida. Si no le otorgamos una apelación rápida, le comunicaremos una decisión dentro de **30 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 dentro de los **60 días del calendario** posteriores a la recepción de este aviso.

Su solicitud debe incluir:

- Su nombre
- Dirección
- Número de Miembro
- Motivos por los que apela
- Si desea una apelación estándar o rápida (para una apelación rápida, explique por qué la necesita).

- Cualquier evidencia que desee que revisemos, como registros médicos, cartas de doctores (como una declaración de respaldo de un doctor si usted solicita una apelación rápida), u otra información que explique por qué usted necesita los servicios/los artículos. 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 utilizamos para tomar nuestra decisión antes de o durante la apelación. También puede solicitar una copia de las pautas que usamos para tomar nuestra decisión, sin costo alguno para usted.

**Paso 2:** Presente su apelación personalmente o por correo, fax o teléfono.

<b>Para una apelación estándar:</b> Dirección postal:	IEHP DualChoice P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga CA 91729-1800
Teléfono:	1-877-273-IEHP (4347)
Los usuarios de TTY deben llamar al:	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.

<b>Para una apelación rápida:</b> Teléfono:	1-877-273-IEHP (4347)
Los usuarios de TTY deben llamar al:	1-800-718-4347
Fax:	909-890-5748

## ¿Qué sucederá después?

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

Si originalmente el servicio era un servicio de Medicare o un servicio cubierto tanto por Medicare como por Medi-Cal, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente. 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, usted puede solicitar una **Revisión Médica Independiente** (*Independent Medical Review, IMR*) o una **Audiencia Estatal** (*State Hearing*). La decisión escrita le proporcionará instrucciones sobre cómo solicitar el siguiente nivel de apelación. A continuación, también se proporciona esa información.

## Cómo solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR)

Usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) para servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal de parte del Departamento de Administración de Servicios Médicos (*Department of Managed Health Care, DMHC*) de California (Departamento). Puede solicitar una IMR si no está de acuerdo con la decisión sobre la Apelación de Nivel 1 de IEHP DualChoice 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 apelar antes a 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, usted podría tener una IMR sin apelar ante IEHP DualChoice primero si:

- Su problema es urgente y representa 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 ya recurrió a 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 Queja/Revisión Médica Independiente disponible en <https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx>, o bien, puede responder la copia impresa del formulario de solicitud de IMR que se incluye junto con este aviso y enviarla a:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

Si decide enviar el formulario impreso, le sugerimos que adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que fue denegado. De ser así, envíe las copias de los documentos, no los originales. Es posible que el Centro de Ayuda del Departamento (*Department Help Center*) no pueda devolver todos los documentos originales.

Usted o su representante deben solicitar una IMR dentro de los **6 meses** posteriores a partir de que le enviemos una decisión por escrito. Sin embargo, es posible que el Departamento extienda el plazo de 6 meses si existen motivos suficientes, por ejemplo: que usted tenga una condición médica que le impida solicitar la IMR dentro de 6 meses o que no haya recibido el aviso adecuado del proceso de IMR.

Llame al **número gratuito del Departamento de Administración de Servicios Médicos de California** (*California Department of Managed Health Care, DMHC*) al **1-888-466-2219** para obtener ayuda gratuita. El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de reglamentar los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **1-877-273-IEHP (4347)** y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con este 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 su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja 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 ofrecerá 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 de tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por el pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del Departamento **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)** ofrece formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

## ¿Qué sucederá después?

Si usted 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 usted califica para una IMR. Una vez que su plan reciba su solicitud junto con los documentos de respaldo, se tomará la decisión de la IMR dentro de los 30 días del calendario posteriores. Usted deberá recibir la decisión de IMR dentro de los 45 días del calendario posteriores a que presente la solicitud debidamente completada.

Si su caso es urgente y usted califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los 2 días del calendario posteriores para informarle que usted califica para una IMR. Una vez que se reciba su solicitud junto con los documentos de respaldo, se tomará la decisión de la IMR dentro de los 3 días del calendario posteriores. Usted deberá recibir la decisión de IMR dentro de los 7 días del calendario posteriores a que presente la solicitud debidamente completada.

Doctores que no forman parte de IEHP DualChoice 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 usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una Audiencia Estatal, siempre que no haya recurrido ya a una Audiencia Estatal sobre el mismo asunto.

Si usted no califica para una IMR, su asunto será revisado según el proceso de quejas estándar del DMHC. 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. Solamente puede solicitar una Audiencia Estatal después de apelar a nuestro plan de salud y haber recibido una decisión por escrito con la cual usted no está de acuerdo. Tenga en cuenta que, si recurrió a una Audiencia Estatal, no podrá solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR).

**Paso 1:** Usted o su representante deben solicitar una Audiencia Estatal dentro de los **120 días** posteriores a la fecha en que le notifiquemos que la determinación adversa con respecto a los beneficios (decisión de la apelación de Nivel 1) ha sido confirmada. Conteste el "Formulario para presentar una Audiencia Estatal" que se incluye junto con el aviso de decisión de la apelación. Asegúrese de incluir toda la información solicitada.

**Paso 2:** Envíe su formulario debidamente completado 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 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 sucederá después?

El Estado llevará a cabo una audiencia. Usted puede presenciar la audiencia o escucharla por teléfono. Se le solicitará que le 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 ha enviado una copia de este aviso a: <insert name>*

## Recibir 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](http://www.iehp.org).
- Llame al **Departamento de Administración de Servicios Médicos de California** para recibir ayuda gratuita para comprender sus derechos y la información sobre el proceso de quejas y de la Revisión Médica Independiente (IMR) al 1-888-466-2219.
- Llame a **Health Consumer Alliance** para recibir ayuda gratuita en relación a su atención médica al 1-888-804-3536.

- Llame al **Programa de Defensoría de Cal MediConnect** (*Cal MediConnect Ombuds Program*) para obtener ayuda gratuita. Este programa ayuda a que las personas inscritas en Cal MediConnect obtengan ayuda en asuntos relacionados con servicios o facturación. Pueden explicarle cómo presentar una apelación y en qué consisten los pasos del 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** (*Medicare Rights Center*) al 1-888-466-9050.
- 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 tiene vinculación con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
- Hable con **su doctor u otro proveedor**. Ellos 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.

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

ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.

ATENCIÓN: Si prefiere comunicarse en un idioma diferente al inglés, tiene a su disposición los servicios de un intérprete sin cargo para usted. Llame a Servicios para Miembros de 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 TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

Usted puede solicitar este documento en formatos alternativos gratuitos, como impresión con letra grande, en Braille o audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8 pm (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.