

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es ofrecido por Inland Empire Health Plan

## ***Aviso Anual de Cambios para 2024***

### **Introducción**

Usted está inscrito actualmente como miembro de nuestro plan. El próximo año, se realizarán algunos cambios a nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o reglas, por favor, revise el *Manual para Miembros*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.iehp.org](http://www.iehp.org). Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible sin costo en español, chino y vietnamita.
- Puede obtener el *Aviso Anual de Cambios* gratis en otros formatos, como letra grande, Braille o audio. Por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice 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.
- Para crear o cambiar una solicitud permanente, para recibir materiales en su idioma preferido o en un formato alternativo, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice 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.
- **Inglés:** We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-877-273-IEHP (4347). Someone that speaks an alternate language can help you. This is a free service.
- **Español:** Tenemos a su disposición los servicios de intérpretes de idiomas sin costo para usted. Los intérpretes podrán asistirle con cualquier pregunta sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Alguien que habla español con gusto le ayudará. Este es un servicio gratuito.
- **Chino Mandarín:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

---

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



- **Chino Cantonés:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。
- **Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.
- **Francés:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- **Vietnamita:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.
- **Alemán:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.
- **Coreano:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
- **Ruso:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.
- **Árabe:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية سيقوم شخص ما يتحدث العربية.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



- **Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.
- **Italiano:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.
- **Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.
- **Creole français:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.
- **Polaco:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Ta usługa jest bezpłatna.
- **Japonés:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには **1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。
- **Camboyano:** យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរអ្វីមួយដែលអ្នកអាចមាន អំពីគំរោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីឱ្យបាន អ្នកបកប្រែ សូមហៅយើង លេខ 1-877-273-IEHP (4347)។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាដទៃ អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។
- **Armenio:** Մենք մեր առողջապահական կամ դեղերի ծրագրի մասին ունեցած հարցերին պատասխանելու համար ունենք բանավոր թարգմանչի ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ձեռք բերելու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-877-273-IEHP (4347) դամարով: Փոխարինող լեզվով խոսող մի անձ կարող է ձեզ օգնել: Սա անվճար ծառայություն է:

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta,** por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información,** visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



- **Laosiano:** ພວກເຮົາມີບໍລິການນາຍພາສາພຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີ ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຕ້ອງການນາຍພາສາພຣີ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-877-273-IEHP (4347). ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອື່ນສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.
- **Hmong:** Peb muaj kev pab txhais lus pub dawb txhawm rau los teb cov nqe lus nug uas koj muaj ntsig txog peb txoj kev npaj kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau ib tug neeg pab txhais lus ces tsuas yog hu rau peb ntawm tus xov tooj 1-877-273-IEHP (4347). Qee tus neeg uas hais tau lwm hom lus yuav tuaj yeem pab koj tau. Qhov no ogi b qho kev pab dawb xwb.
- **Mien:** Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiex naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh tov longc faan waac mienh tengx faan waac bun muangx korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-877-273-IEHP (4347). Maaih faan waac mienh haih gorngv mienh waac tengx faan waac bun meih muangx oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hhangv.
- **Punjabí:** ਸਾਡੇ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰੀਆਂ ਮੌਜੂਦ ਹਨ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ 1-877-273-IEHP (4347) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- **Tailandés:** เรามีบริการล่ามฟรี ซึ่งจะช่วยตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนประกันสุขภาพหรือยา หากต้องการใช้บริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-877-273-IEHP (4347) บุคคลที่พูดภาษาอื่นจะช่วยให้คุณได้รับความช่วยเหลือคุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ
- **Ucraniano:** Ми надаємо безоплатні послуги перекладача, завдяки яким ви можете отримати відповіді на будь-які запитання про наш план медичного страхування або ліки. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-877-273-IEHP (4347). Вам зможе допомогти людина, яка розмовляє іншою мовою. Це безоплатна послуга.
- **Persa:**  
 ما خدمات مترجم رایگان برای پاسخ دادن به هرگونه سوالی که ممکن است درباره طرح سلامت یا طرح دارویی ما داشته تماس بگیرید. (1-877-273-IEHP (4347) ارائه می‌دهیم. برای دریافت مترجم فقط کافیست با ما به شماره شخصی که قادر است به زبان دیگری صحبت کند، می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمات رایگان است.
- **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 usted prefiere comunicarse en un idioma que no es inglés, tenemos a su disposición el servicio de interpretación libre de costo. Por favor, llame a Servicios para

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta,** por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información,** visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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.

- 注意：如果您使用其他語言，可以免費獲得語言援助服務。請撥打 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為早上 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天，包括節假日。TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。此服務電話免付費。
- LƯU Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chương trình sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi giờ Chuẩn Thái Bình Dương - PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.

## Tabla de Contenido

A. Descargos de responsabilidad .....	6
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año .....	6
B1. Información sobre IEHP DualChoice .....	6
B2. Cosas importantes para hacer: .....	7
C. Cambios a nuestros proveedores y farmacias de la red .....	8
D. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año .....	8
D1. Cambios en los beneficios y los costos para servicios médicos .....	8
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados .....	11
E. Elección de un plan .....	13
E1. Permanencia en nuestro plan .....	13
E2. Cambio de plan .....	13
F. Obtención de ayuda .....	16
F1. Nuestro plan .....	16
F2. Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) .....	17
F3. Programa de Ombudsman .....	17
F4. Medicare .....	17
F5. Departamento de Administración de Servicios Médicos de California .....	18

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



---

## A. Descargos de responsabilidad

- ❖ 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.
- ❖ La cobertura en virtud de IEHP DualChoice es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (*Affordable Care Act, ACA*). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service, IRS*) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- ❖ Los beneficios y los copagos posiblemente cambien a partir del 1 de enero de cada año.

---

## B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda cancelar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si decide abandonar nuestro plan, su membresía finalizará el último día del mes en el que haya hecho su solicitud. Seguirá perteneciendo a los programas Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible.

Si cancela nuestro plan, puede obtener más información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección E2** (*Cómo cambiar de plan*).
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección E2** (*Cómo cambiar de plan*).

### B1. Información sobre IEHP DualChoice

- IEHP DualChoice es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para dar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura en virtud de IEHP DualChoice es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- Cuando en este *Aviso Anual de Cambios* aparece “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere al Plan Medicare Medi-Cal.

---

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



## B2. Cosas importantes para hacer:

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
  - Revise los cambios a los beneficios y costos para asegurarse de que sean convenientes para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D1** para obtener más información sobre los cambios a los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio a nuestra cobertura de medicamentos recetados que pueda afectarle.**
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Puede ir a las mismas farmacias?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea conveniente para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red de servicios el próximo año.**
  - ¿Están sus doctores, incluidos sus especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores a los que acude?
  - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en los costos generales de su plan.**
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si se siente satisfecho con nuestro plan.**

### Si decide seguir con IEHP DualChoice:

Si desea permanecer con nosotros el próximo año, es fácil: no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, usted automáticamente sigue inscrito en IEHP DualChoice.

### Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura cubrirá mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección E2** para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo o cambia a Original Medicare, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



---

## C. Cambios a nuestros proveedores y farmacias de la red

Hemos realizado cambios en nuestra red de proveedores y farmacias para el 2024.

**Por favor revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias* de 2024** para saber si sus proveedores o farmacia están en nuestra red. Podrá encontrar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [www.iehp.org](http://www.iehp.org). También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros*.

---

## D. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

### D1. Cambios en los beneficios y los costos para servicios médicos

El año que viene cambiaremos la cobertura de ciertos servicios médicos. En la tabla siguiente se detallan estos cambios.

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Tarjeta de Salud Plena</b>	<p>La Tarjeta de Salud Plena proporciona una ayuda mensual de <b>\$40</b> que puede utilizarse para el pago de servicios públicos como las facturas de gas o de electricidad.</p> <p>El beneficio de la Tarjeta de Salud Plena mencionado forma parte de un programa suplementario especial para personas con una enfermedad crónica. No todos los miembros califican. Por favor consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>	<p>La Tarjeta de Salud Plena proporciona una ayuda mensual de <b>\$65</b> que puede utilizarse para el pago de servicios públicos como las facturas de gas o de electricidad.</p> <p>El beneficio de la Tarjeta de Salud Plena mencionado forma parte de un programa suplementario especial para personas con una enfermedad crónica. No todos los miembros califican. Por favor consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>

---

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).





	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Beneficio suplementario de artículos a la venta sin receta médica (<i>Over the Counter, OTC</i>)</b>		Nuestro Plan ofrece un beneficio suplementario que proporciona una asignación de \$40 por trimestre (cada 3 meses) para la compra de determinados artículos a la venta sin receta médica (OTC). Esta cantidad no es transferible al siguiente período si no se utiliza. Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al número que se encuentra al final de esta página.
<b>Cuidado de la vista</b>	Usted hace un copago de \$0. A continuación encontrará información adicional sobre la cobertura. Pagaremos los siguientes servicios: un examen rutinario de la vista cada año y hasta \$350 para anteojos (armazón y lentes) o hasta \$350 para lentes de contacto cada año.	Usted hace un copago de \$0. A continuación encontrará información adicional sobre la cobertura. Pagaremos los siguientes servicios: un examen rutinario de la vista cada año y hasta \$350 para armazón de anteojos o para lentes de contacto cada año. Las lentes para anteojos están cubiertas al 100 % en función de la necesidad médica.
<b>Evaluación de glaucoma</b>	<b>Se</b> requiere autorización previa.	<b>No</b> se requiere autorización previa.
<b>Autocontrol de la diabetes</b>	<b>Se</b> requiere autorización previa.	<b>No</b> se requiere autorización previa.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)



**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Lavativas de bario</b>	<b>Se</b> requiere autorización previa.	<b>No</b> se requiere autorización previa.
<b>Exámenes de tacto rectal</b>	<b>Se</b> requiere autorización previa.	<b>No</b> se requiere autorización previa.
<b>Servicios de diálisis</b>	<b>Se</b> requiere autorización previa. <b>Se</b> requiere referencia.	<b>No</b> se requiere autorización previa. <b>No</b> se requiere referencia.
<b>Servicios de emergencia</b>	El monto máximo por visita es de <b>\$95</b> .	El monto máximo por visita es de <b>\$100</b> . Debido a que recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan.
<b>Servicios de atención de urgencia medicamento necesaria</b>	El monto máximo por visita es de <b>\$60</b> .	El monto máximo por visita es de <b>\$55</b> . Debido a que recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan.
<b>Suministros y servicios para diabéticos</b>	<b>Sin</b> límite de suministros y servicios para diabéticos.	<b>Es posible que</b> limitemos al fabricante que puede utilizar para su insulina de la Parte B, las jeringas para diabéticos, los dispositivos de control de la glucosa en la sangre, las tiras reactivas y las lancetas.  Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



## D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

En nuestro sitio web [www.iehp.org](http://www.iehp.org) encontrará la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener información actualizada sobre medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, entre otros, cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de Medicamentos **para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si hay alguna restricción.

Si le afecta alguno de los cambios efectuados en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Hable con su doctor (u otro profesional que receta medicamentos) para encontrar un medicamento diferente que sí cubramos.
  - Puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o comunicarse con su coordinador de atención médica para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.
- Hable con su doctor (u otro profesional que emite las recetas médicas) y solicítenos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
  - Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo máximo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que le recete el medicamento).
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* o llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.
  - Si necesita ayuda para pedir una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención médica. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención médica.

---

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



- Pídanos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año civil.
  - Este suministro temporal es para un máximo de 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*).
  - Cuando obtenga el suministro temporal de un medicamento, hable con su doctor sobre qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que cubra nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción en su caso y cubramos su medicamento actual.

Si IEHP DualChoice aprueba una excepción a la Lista de Medicamentos Cubiertos, es posible que IEHP DualChoice no le pida que solicite la aprobación para un resurtido o para una nueva receta médica durante el próximo año, siempre y cuando usted pueda seguir siendo miembro de IEHP DualChoice. Si decide permanecer con nosotros el próximo año, IEHP DualChoice puede elegir continuar la cobertura en el nuevo año de beneficios.

### Cambios a los costos de los medicamentos recetados

No hay cambios en el monto que usted paga por medicamentos recetados en 2024. Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos recetados, siga leyendo a continuación.

La siguiente tabla muestra sus costos de medicamentos de nuestro nivel uno (1) de medicamentos.

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Medicamentos del Nivel 1</b> (<i>medicamentos genéricos, medicamentos de marca, medicamentos biosimilares</i>)</p> <p>El costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red.</p>	<p>El copago por el suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>	<p>El copago por el suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



## E. Elección de un plan

### E1. Permanencia en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare o cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2024.

### E2. Cambio de plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Debido a que usted tiene Medi-Cal, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Periodos de Inscripción Especiales**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres Periodos de Inscripción Especiales, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos:

- El **Periodo de Inscripción Anual**, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que va del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se cambió de nuestra área de servicio,
- cambió su elegibilidad para recibir Medi-Cal o Ayuda Adicional, o
- si se cambió de casa recientemente, está recibiendo atención o acaba de salir de un centro de enfermería o de un hospital de cuidados a largo plazo.

### Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.

---

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



<p><b>1. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Otro plan de salud de Medicare, incluido otro Plan Medicare Medi-Cal</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Cuidado Integral para Adultos Mayores (<i>Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE</i>), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (<i>Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP</i>) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8am a 5pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li> </ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción a nuestro plan quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la cobertura de su nuevo plan. Es posible que cambie su plan de Medi-Cal.</p>
<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p>

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8am a 5pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>.</li> </ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Su inscripción a nuestro plan quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>
<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>No se quede sin cobertura de medicamentos recetados, a menos que disponga ya de otra cobertura de medicamentos, como de un empleador, un sindicato u otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California al</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8am a 5pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>.</li> </ul> <p>Su inscripción a nuestro plan quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la cobertura de Original Medicare.</p>

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8am a 5pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

Su plan de Medi-Cal no cambiará.

## Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Medi-Cal u obtener sus servicios de Medi-Cal después de cancelar nuestro plan, comuníquese con Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263, de lunes a viernes de 8am a 6pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte cómo afecta la manera de obtener su cobertura de Medi-Cal el hecho de inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare.

---

## F. Obtención de ayuda

### F1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página durante los días y el horario de servicio indicado. Estas llamadas son gratuitas.

#### Lea su *Manual para Miembros*

Su *Manual para Miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene los detalles sobre los beneficios y los costos para 2024. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos recetados que cubrimos.

El *Manual para Miembros* de 2024 estará disponible a partir del 15 de octubre. También puede consultar el *Manual para Miembros* que se le envió por separado por correo para saber si le afectan otros cambios en los beneficios o en los costos. Encontrará una copia actualizada del *Manual para Miembros* en nuestro sitio web [www.iehp.org](http://www.iehp.org). También puede llamar a Servicios para Miembros, a los números que aparecen al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual para Miembros* de 2024.

#### Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en [www.iehp.org](http://www.iehp.org). Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra Lista de Medicamentos (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

---

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).





## **F2. Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP)**

Puede llamar al Programa de Asistencia sobre el Seguro Médico del Estado (*State Health Insurance Assistance Program, SHIP*). En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarle a entender las opciones de su plan y responder sus preguntas sobre el cambio de plan. HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP cuenta con consejeros capacitados en todos los condados, y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

## **F3. Programa de Ombudsman**

El Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal puede ayudarle si tiene algún problema con nuestro plan. Los servicios del ombudsman son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal:

- Actúa como defensor en su nombre. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja, y explicarle lo que tiene que hacer.
- Se asegura de que tenga información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal es 1-888-804-3536.

## **F4. Medicare**

Para obtener la información directamente de 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

### **El sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)). Si elige cancelar su inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para información sobre los planes, consulte [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov) y haga clic en “Buscar planes”).

### **Medicare y Usted 2024**

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. Todos los años, en otoño, enviamos este folleto a las personas inscritas en Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y

---

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).



protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando 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.

## **F5. Departamento de Administración de Servicios Médicos de California**

El Departamento de Administración de Servicios Médicos (*Department of Managed Health Care, DMHC*) de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Si usted tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar al 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 el departamento. Utilizar este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de los posibles derechos legales o recursos que puedan estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja formal sobre una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió de manera satisfactoria o una queja formal que no se resolvió en el plazo de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si cumple los requisitos para una IMR, este proceso proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud en cuanto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflictos sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas o del habla. En el sitio web del departamento, [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov), encontrará formularios para la presentación de quejas, solicitudes de IMR e instrucciones en línea.

---

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Expira: 30 de junio de 2026)

**Si tiene alguna pregunta**, por favor, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 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. **Para obtener más información**, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

