

<<IPA>>

<<Date>>

<<Member Name>>

<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>

<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

Nombre del Miembro: <Member Name>

N.º de ID de Miembro: <Member ID>

Nombre del Doctor: < Requesting Provider>

Servicio Solicitado: <Service Category>

Fecha de Solicitud: <MM/DD/YYYY>

Nombre del Plan de Salud: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

N.º de Teléfono del Plan de Salud: **1-877-273-IEHP (4347)**, los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-718-4347**

Horario de Atención del Plan de Salud: 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos

Nombre del Doctor Tratante: <Doctor>

Estimado/a <Member>:

Esperamos que al recibir esta carta se encuentre bien. Nos dirigimos a usted o a su Doctor para solicitar una decisión de cobertura [acelerada de 72 horas (delete if this does not apply)] sobre el servicio mencionado más arriba. <<IPA>> necesita extender el plazo de nuestra revisión a más de <72 horas o 14 días calendario>.

Necesitamos extender el plazo de su solicitud en <insert #> días calendario porque:

OPCIÓN 1: Usted o su Doctor solicitaron una extensión del plazo para poder reunir más información. [<<IPA>> or its delegated Doctor must explain how the need for this additional information is reasonable and necessary and in the interest of the Member.]

OPCIÓN 2: Creemos que se necesita más información para ayudar a nuestra revisión de su solicitud o la de su Doctor. [<<IPA>> or its delegated Doctor must explain how the need for this additional information is reasonable and necessary, and in the interest of the Member. For example, the receipt of additional medical evidence from non-contracted Doctors or additional tests may change a Medicare Advantage Organization's (MAO's) or Doctor /Medical Group's decision to deny.]

No extenderemos el plazo de su solicitud [acelerada de 72 horas (delete if this does not apply)] más de 14 días calendario a partir de la fecha de la solicitud estándar o acelerada.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de postergar la determinación, puede presentar una queja formal (queja) acelerada, oralmente o por escrito, ante IEHP DualChoice. El proceso de queja formal permite que los Miembros presenten una queja ante IEHP DualChoice sobre

asuntos que no sean reclamaciones ni servicios denegados. IEHP DualChoice debe responder a una queja formal acelerada dentro de las 24 horas de haberla recibido. Para presentar una queja formal acelerada, usted o su representante autorizado deben hacerlo por teléfono o enviar su queja formal por correo o fax a:

IEHP DualChoice

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Número Gratuito: 1-877-273-IEHP (4347) o para Usuarios de TTY: 1-800-718-4347

Fax: 1-909-890-5748

Seguiremos haciendo todo lo que esté a nuestro alcance para obtener la información necesaria y poder finalizar la revisión de este asunto. Dirija cualquier pregunta o información adicional a Servicios para Miembros de <<IPA>> al <<Number>>, <<Hours/Days>>. Los usuarios de TTY deben llamar al <<Number>>.

Gracias por ser un/a valioso/a Miembro de <<IPA>>.

Su salud es nuestra prioridad,

<<IPA>>

cc: Doctor si se solicita un Doctor.