Informe de Autorizaciones Previas 2025

Cada año, las normas federales nos solicitan compartir información acerca de las autorizaciones previas. Una autorización previa es cuando su médico nos pide que aprobemos un servicio antes de que usted lo reciba.

ESTE INFORME EXPLICA:

- Cuántas solicitudes recibimos
- Cuántas fueron aprobadas o rechazadas
- Qué tan rápido tomamos las decisiones

Compartimos esto para ayudarle a entender cómo tomamos las decisiones y mostrar que somos transparentes y justos. Esto también ayuda a su médico a planificar su atención y ayuda a las personas a comparar planes de salud.

Para entender mejor este informe, tenga en cuenta lo siguiente:

- Las solicitudes parcialmente aprobadas se cuentan como rechazadas.
- Las solicitudes para seguir con la atención continua se cuentan como urgentes.

IMPORTANTE:

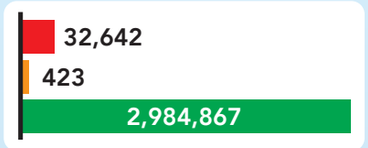
- Solicitudes aprobadas
- Solicitudes aprobadas después de una apelación
- Solicitudes rechazadas

Nota: 0 aprobadas después de que se extendió el plazo (hasta 14 días)

IEHP Medi-Cal

SOLICITUDES NO URGENTES

Total: **3,017,509**
Porcentaje aprobado: **99%**



Tiempo promedio de decisión:
2.07 días
Tiempo mediano de decisión:
0.57 días
Porcentaje rechazado:
1%
Porcentaje aprobado después de una apelación:
21%

SOLICITUDES URGENTES

Total: **543,529**
Porcentaje aprobado: **99%**

Tiempo promedio de decisión:
0.21 días
Tiempo mediano de decisión:
0.02 días
Porcentaje rechazado:
1%

¿PREGUNTAS?

1-800-440-IEHP (4347)
TTY: **1-800-718-4347**
L-V, 7am-7pm
Sáb-Dom, 8am-5pm

IEHP Covered

SOLICITUDES NO URGENTES

Total: **92,672**
Porcentaje aprobado: **98%**

Tiempo promedio de decisión:
5.23 días
Tiempo mediano de decisión:
6.06 días
Porcentaje rechazado:
2%
Porcentaje aprobado después de una apelación:
13%

SOLICITUDES URGENTES

Total: **24,380**
Porcentaje aprobado: **98%**

Tiempo promedio de decisión:
0.43 días
Tiempo mediano de decisión:
0.09 días
Porcentaje rechazado:
2%

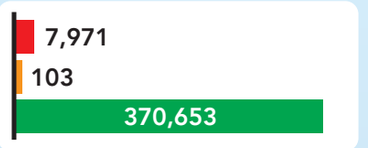
¿PREGUNTAS?

1-855-433-IEHP (4347)
TTY: **711**
L-V, 8am-6pm

IEHP DualChoice

SOLICITUDES NO URGENTES

Total: **378,624**
Porcentaje aprobado: **98%**



Tiempo promedio de decisión:
2.59 días
Tiempo mediano de decisión:
1.04 días
Porcentaje rechazado:
2%
Porcentaje aprobado después de una apelación:
14%

SOLICITUDES URGENTES

Total: **82,531**
Porcentaje aprobado: **97%**

Tiempo promedio de decisión:
0.56 días
Tiempo mediano de decisión:
0.02 días
Porcentaje rechazado:
3%

¿PREGUNTAS?

1-877-273-IEHP (4347)
TTY: **1-800-718-4347**
L-Dom, 8am-8pm

Para obtener una lista de los artículos y servicios médicos que requieren autorización previa (excluyendo medicamentos), haga clic en el siguiente enlace:
https://www.iehp.org/content/dam/iehp-org/es/documents/medi-cal/prior-authorization/list/CY26_Prior-Authorization-List_SP.pdf

©2026 Inland Empire Health Plan. Todos los Derechos Reservados. Una Entidad Pública. IT_26_8144729SP

IEHP Covered

NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. Inland Empire Health Plan (IEHP) follows State and Federal civil rights laws. IEHP does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

IEHP provides:
• Free aids and services in a timely manner to people with disabilities to help them communicate better, such as:
- ✓ Qualified sign language interpreters
- ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

• Free language services in a timely manner to people whose primary language is not English, such as:
- ✓ Qualified interpreters
- ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact IEHP Covered Member Services at **1-855-433-4347 (IEHP)**, Monday-Friday, 8am-6pm. If you cannot hear or speak well, please call **711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Inland Empire Health Plan
10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA
91730-5987
1-855-433-4347 (IEHP) (TTY: **711**)

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that IEHP has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with IEHP's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:
• By phone: Contact IEHP's Civil Rights Coordinator between 8am-5pm, by calling **1-855-433-4347 (IEHP)**. Or, if you cannot hear or speak well, please call TTY: **711**.
• In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:

IEHP Civil Rights Coordinator
10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA
91730-5987

©2025 Inland Empire Health Plan. A Public Entity. All Rights Reserved. CC_25_6040729

• In person: Visit your doctor's office or IEHP and say you want to file a grievance.
• Electronically: Visit IEHP Covered's website at ***IEHPCovered.com.***

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-855-433-4347 (IEHP)** and use your health plan's grievance process before contacting the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll-free telephone number (**1-888-466-2219**) and a TDD line (**1-877-688-9891**) for the hearing and speech impaired. The department's internet website **www.dmhc.ca.gov** has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

• By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call TTY/**TDD 1-800-537-7697**.
• In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Complaint forms are available at ***http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html***.
• Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at ***https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf***

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. Inland Empire Health Plan (IEHP) cumple con las leyes de derechos civiles estatales y federales. IEHP no discrimina ilegalmente ni excluye a las personas o las trata de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

IEHP proporciona:
• Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para ayudarlas a comunicarse mejor, como por ejemplo:
- ✓ Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

•Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo principal idioma no es el inglés, como por ejemplo:
- ✓ Intérpretes calificados
- ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP Covered, llamando al **1-855-433-4347 (IEHP)**, de lunes-viernes de 8am-6pm. Si tiene dificultades auditivas o del habla, por favor, llame al **711**. Si lo solicita, podemos proporcionarle este documento en Braille, letra grande, audiocasete o formulario electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Inland Empire Health Plan
10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA
91730-5987
1-855-433-4347 (IEHP) (TTY: **711**)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si considera que IEHP no le proporcionó estos servicios o le discriminó ilegalmente de otra forma por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de IEHP. Puede presentar una queja formal por escrito, en persona o por vía electrónica:
• Por teléfono: Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de IEHP, de 8am-5pm., llamando al **1-855-433-4347 (IEHP)**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame

©2025 Inland Empire Health Plan. Una Entidad Pública. Todos los Derechos Reservados.

al TTY: **711**.
• Por escrito: Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
IEHP Civil Rights Coordinator
10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA
91730-5987
• En persona: Visite el consultorio de su médico o IEHP y diga que quiere presentar una queja formal.
• Por vía electrónica: Visite el sitio web de IEHP Covered en ***IEHPCovered.com.***

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 **1-855-433-4347** (**IEHP**) y seguir el proceso de presentación de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún posible derecho o recurso legal que pueda haber 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 a su entera satisfacción o una queja formal que haya quedado sin resolver durante más de 30 días, le recomendamos que llame al Departamento para solicitar asistencia. Además, es posible que usted sea elegible para una Revisión Médica Independiente *(Independent Medical Review, IMR)*. Si es elegible para una IMR, durante el proceso de IMR se hará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el 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 cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio de web del Departamento, **www.dmhc.ca.gov**, tiene formularios de quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en Internet.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS

Si considera que le han discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una denuncia de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por teléfono, por escrito o por vía electrónica:
• Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019.** Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al TTY/TDD **1-800-537-7697**.
• Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de queja están disponibles en
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.
• Por vía electrónica: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711).
تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل على الرقم 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-855-433-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 711)։ Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր։ Զանգահարեք 1-855-433-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 711)։ Այդ ծառայություններն անվճար են։

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语获得帮助，请致电 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读的文件。请致电 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

©2026 Inland Empire Health Plan. A Public Entity. All Rights Reserved. CC_26_7032229

فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि:शुल्क हैं।

Lus Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus, hu rau 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Puav leej muaj cov khoom pab thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv sau ua ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意：日本語での対応が必要な場合は 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의 사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh tengx faan benx meih haih gorngv haaix fingx waac wuov, mborqv finx lorz taux 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Mv daan mbuoqc naaiv oc ninh mbuo corc haih tengx da'nyeic deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux zoux benx domh zeiv bun longc. Daaix luic mborqv finx lorz taux 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv ndortv nyaanh cingv oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾੱਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾੱਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-855-433-IEHP (4347) (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с инвалидностью, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-855-433-IEHP (4347) (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Люди з інвалідністю також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Ці послуги надаються безкоштовно.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn. Vui lòng gọi số 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.