

# Resumen de Beneficios

Plan IEHP DualChoice (HMO D-SNP)



2023

**Un plan de salud con corazón**

**1-877-273-IEHP (4347) | 1-800-718-4347 TTY**

8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

H8894\_DSNP\_23\_3241444S\_M

**IE**  **HP**

**DualChoice**

# IEHP DualChoice (HMO D-SNP) | Resumen de Beneficios 2023

## Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por IEHP DualChoice, un Plan Medicare Medi-Cal. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de IEHP DualChoice. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

## Tabla de contenidos

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| A. Descargos de responsabilidad.....                                 | 2  |
| B. Preguntas frecuentes .....                                        | 3  |
| C. Lista de servicios cubiertos .....                                | 8  |
| D. Beneficios cubiertos fuera de IEHP DualChoice .....               | 19 |
| E. Servicios que IEHP DualChoice, Medicare y Medi-Cal no cubren..... | 21 |
| F. Sus derechos como miembro del plan.....                           | 22 |
| G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado .....      | 24 |
| H. Qué hacer si sospecha que ocurrió un fraude .....                 | 25 |



**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



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por IEHP DualChoice (HMO D-SNP), un Plan Medicare Medi-Cal, desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023. Esto es solo un resumen. Lea la *Evidencia de Cobertura* para consultar la lista completa de beneficios.

- ❖ 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.
- ❖ Para obtener más información sobre **Medicare**, puede leer el manual *Medicare y Usted*. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 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. Para obtener más información sobre **Medi-Cal**, puede consultar el sitio web del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud (DHCS) ([www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)) o comunicarse con la Oficina del Ombudsman de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes., entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. También puede llamar al Ombudsman especial para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, entre las 9:00 a.m. y las 5:00 p.m.
- ❖ You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, or audio. Call 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.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para 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.
- ❖ 您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電 IEHP DualChoice 會員服務處，電話：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為上午 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。電話服務免費。
- ❖ Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác như định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. Quý vị được miễn cước cho cuộc gọi này.
- ❖ To make a standing request to receive materials in languages other than English or alternate format, or to make changes to a standing request, please 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. IEHP DualChoice will keep your information as a standing request for future mailings and communications so you do not need to make a separate request each time.



**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).

- ❖ Para realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en español o en un formato alterno, o para hacer cambios a una solicitud permanente, llame a Servicios para 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. IEHP DualChoice conservará su información como una solicitud permanente para envíos y notificaciones futuros, para que no tenga que hacer una solicitud por separado cada vez.
- ❖ 如需長期獲取西班牙語或其他格式的資料，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務處聯絡，服務時間為上午 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。IEHP DualChoice 會將您的資訊視為長期要求，以用於今後的郵件往來和通訊，因此您無需每次都單獨提出要求。
- ❖ Để đưa ra yêu cầu cố định về việc nhận tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc ở định dạng thay thế hoặc để thay đổi yêu cầu cố định, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. IEHP DualChoice sẽ lưu giữ thông tin của quý vị như yêu cầu cố định cho việc gửi thư và thông tin liên lạc trong tương lai, do đó quý vị không cần phải đưa ra yêu cầu riêng cho mỗi lần.
- ❖ 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*, sin cargo, a su disposición. Llame a Servicios para 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 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.

---

## B. Preguntas frecuentes

En la siguiente tabla se mencionan las preguntas más frecuentes.



**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).

| Preguntas frecuentes                                                                         | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué es un Plan de Coordinación de Medicare-Medi-Cal?                                        | Un Plan de Coordinación de Medicare-Medi-Cal es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a los afiliados. Es para personas mayores de 65 años. Un Plan de Coordinación de Medicare-Medi-Cal es una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidado de salud para ayudarle a administrar todos sus proveedores, servicios y respaldos. Todos trabajan juntos para brindarle los cuidados que necesita.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Obtendré los mismos beneficios de Medicare y Medi-Cal en IEHP DualChoice que obtengo ahora? | <p>Obtendrá la mayoría de los beneficios cubiertos de Medicare y Medi-Cal directamente de IEHP DualChoice. Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudarán a determinar qué servicios se adaptarán mejor a sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su doctor y equipo para el cuidado de salud. También puede obtener otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que lo hace ahora, directamente de una agencia estatal o del condado, como Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Support Services, IHSS), servicios especializados de salud mental y trastornos por uso de sustancias, o servicios del centro regional.</p> <p>Cuando se inscriba en IEHP DualChoice, usted y su equipo para el cuidado de salud trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidado para abordar sus necesidades de salud y respaldo, reflejando sus preferencias y objetivos personales.</p> <p>Si está tomando algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare que IEHP DualChoice normalmente no cubre, puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento u obtener una excepción para que IEHP DualChoice cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de este documento.</p> |



**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).

| Preguntas frecuentes                                         | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>¿Puedo acudir a los mismos doctores que ahora?</b></p> | <p>A menudo, sí puede. Si sus proveedores (incluidos doctores, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de salud) trabajan con IEHP DualChoice y tienen un contrato con nosotros, puede seguir acudiendo a ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan miembros de nuestro plan y brindan servicios que nuestro plan cubre. <b>Debe acudir a los proveedores de la red de IEHP DualChoice.</b> Si acude a proveedores o utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios o medicamentos.</li> <li>• Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, puede acudir a proveedores fuera del plan de IEHP DualChoice.</li> <li>• Si actualmente está bajo tratamiento con un proveedor que está fuera de la red de IEHP DualChoice, o tiene una relación establecida con un proveedor que está fuera de la red de IEHP DualChoice, llame a Servicios para Miembros para verificar cómo mantenerse conectado. Es posible que pueda continuar viendo a los doctores que utiliza actualmente <i>durante un cierto periodo de tiempo, si no están en nuestra red. A esto lo llamamos "continuidad de la atención". Si no están en nuestra red, puede mantener sus proveedores actuales y las autorizaciones de servicio en el momento de inscribirse por hasta 12 meses si:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IEHP puede determinar que usted tiene una relación existente con el proveedor.</li> <li>• El proveedor está dispuesto a contratar con IEHP.</li> <li>• El proveedor cumple con los estándares profesionales aplicables y no tiene problemas de calidad de atención.</li> </ul> </li> </ul> |



**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).

| Preguntas frecuentes                                                                                                                              | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                   | <p>Para saber si sus doctores están en la red del plan, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de página de este documento o lea el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> de IEHP en <a href="http://www.iehp.org">www.iehp.org</a>.</p> <p>Si IEHP DualChoice es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un plan de cuidado para atender sus necesidades.</p>                                                                            |
| <b>¿Qué es un coordinador de cuidado de salud de IEHP DualChoice?</b>                                                                             | Un coordinador de cuidado de salud de IEHP DualChoice es una de las principales personas con las que debe comunicarse. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que obtenga lo que necesita.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)?</b>                                                                                   | Los servicios y respaldos a largo plazo son ayudas para las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar alimentos y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en su hogar o en su comunidad, pero podrían brindarse en un hogar para personas de la tercera edad u hospital. En algunos casos, un condado u otra agencia puede administrar estos servicios y su coordinador de cuidado de salud o equipo para el cuidado de salud trabajará con esa agencia. |
| <b>¿Qué es un Programa de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (<i>Multipurpose Senior Services Program, MSSP</i>)?</b> | Un MSSP proporciona coordinación de cuidado de salud continuo con proveedores de cuidado de salud más allá de lo que su plan de salud ya brinda, y puede conectarlo con otros servicios y recursos comunitarios necesarios. Este programa le ayuda a obtener servicios que le ayudan a vivir de manera independiente en su hogar.                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>¿Qué sucede si necesito un servicio pero nadie en la red de IEHP DualChoice puede proporcionarlo?</b>                                          | La mayoría de los servicios serán proporcionados por nuestros proveedores de la red. Si necesita un servicio que no se puede proporcionar dentro de nuestra red, IEHP DualChoice pagará el costo de un proveedor fuera de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



**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).



| Preguntas frecuentes                                                     | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Dónde está disponible IEHP DualChoice?                                  | <p>El área de servicio de este plan incluye: los condados de Riverside y San Bernardino, California. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.</p> <p>Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de este documento para obtener más información sobre si el plan está disponible donde vive.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Qué es la autorización previa?                                          | <p>Autorización previa significa una aprobación de IEHP DualChoice para buscar servicios fuera de nuestra red o para obtener servicios que nuestra red no cubre habitualmente <b>antes</b> de recibir los servicios. Es posible que IEHP DualChoice no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si no obtiene una autorización previa.</p> <p><b>Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener una autorización previa primero.</b> IEHP DualChoice puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que requieren que obtenga una autorización previa de IEHP DualChoice antes de que se brinde el servicio. Si tiene preguntas sobre si se requiere autorización previa para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de este documento para recibir ayuda.</p> |
| ¿Qué es una referencia?                                                  | <p>Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación para acudir a alguien que no sea su PCP. Una referencia es diferente de una autorización previa. Si no obtiene una referencia de su PCP, es posible que IEHP DualChoice no cubra los servicios. IEHP DualChoice puede proporcionarle una lista de servicios que requieren que obtenga una referencia de su PCP antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre cuándo necesitará obtener una referencia de su PCP.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Pago una cantidad mensual (también llamada prima) bajo IEHP DualChoice? | <p>No. Debido a que tiene Medi-Cal, no pagará ninguna prima mensual, incluida la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



**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).



| Preguntas frecuentes                                                                                               | Respuestas                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pago un deducible como miembro de IEHP DualChoice?                                                                | No. No paga deducibles en IEHP DualChoice.                                                                                                   |
| ¿Cuál es el monto máximo directo de bolsillo que pagaré por los servicios médicos como miembro de IEHP DualChoice? | No hay costos compartidos para los servicios médicos en IEHP DualChoice, por lo que los gastos directos de su bolsillo anuales serán de \$0. |

## C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que puede necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios.

| Necesidad o preocupación de salud     | Servicios que puede necesitar | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Usted necesita cuidados hospitalarios | Estadía en el hospital        | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br><br>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días por una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados cuando es médicamente necesario.<br><br>Se requiere una referencia para servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. |
|                                       | Cuidado médico o quirúrgico   | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.                                                                                                                                                                                                         |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud | Servicios que puede necesitar                                                                                          | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la observación                                           | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.                                |
|                                   | Servicios del centro de cirugía ambulatoria (ASC)                                                                      | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.                                |
| <b>Usted quiere un doctor</b>     | Consultas para tratar una lesión o enfermedad                                                                          | \$0                                  |                                                                                                       |
|                                   | Cuidado de especialista                                                                                                | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.                                |
|                                   | Consultas de bienestar, como un examen físico                                                                          | \$0                                  |                                                                                                       |
|                                   | Cuidado de salud para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe y exámenes de detección para detectar cáncer | \$0                                  | Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto. |
|                                   | “Bienvenido a Medicare” (consulta preventiva por única vez)                                                            | \$0                                  | Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto. |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud           | Servicios que puede necesitar                                                                                                                              | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita cuidado de emergencia</b> | Servicios de emergencia                                                                                                                                    | \$0                                  | <p>Los servicios en sala de emergencias se proporcionarán fuera de la red y sin los requisitos de autorización previa.</p> <p>Sin cobertura fuera de EE. UU.</p> <p>Comuníquese con el Plan para obtener los detalles.</p>       |
|                                             | Cuidado de urgencia                                                                                                                                        | \$0                                  | <p>Los servicios de cuidado de urgencia se proporcionarán fuera de la red y sin los requisitos de autorización previa</p> <p>Sin cobertura fuera de Estados Unidos</p> <p>Comuníquese con el Plan para obtener los detalles.</p> |
| <b>Usted necesita análisis médicos</b>      | Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de imágenes, como tomografías computarizadas o resonancias magnéticas) | \$0                                  | <p>Requiere autorización previa.</p> <p>Requiere una referencia de su doctor.</p>                                                                                                                                                |
|                                             | Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre                                                                            | \$0                                  | <p>Requiere autorización previa.</p> <p>Requiere una referencia de su doctor.</p>                                                                                                                                                |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud                     | Servicios que puede necesitar                       | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita cuidado dental</b>                  | Revisiones dentales y atención preventiva           | \$0                                  | Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa dental de Medi-Cal o FFS Medi-Cal. Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios para el cuidado dental, llame al Programa Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web del Programa Dental de Medi-Cal en: <a href="https://www.dental.dhcs.ca.gov">https://www.dental.dhcs.ca.gov</a> o <a href="https://smilecalifornia.org/">https://smilecalifornia.org/</a> |
|                                                       | Servicio dental para restauraciones y de emergencia | \$0                                  | Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa dental de Medi-Cal o FFS Medi-Cal. Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios para el cuidado dental, llame al Programa Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web del Programa Dental de Medi-Cal en: <a href="https://www.dental.dhcs.ca.gov">https://www.dental.dhcs.ca.gov</a> o <a href="https://smilecalifornia.org/">https://smilecalifornia.org/</a> |
| <b>Usted necesita servicios de audición/auditivos</b> | Exámenes de audición                                | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.<br>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud          | Servicios que puede necesitar | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            | Dispositivos auditivos        | \$0                                  | Requiere autorización previa. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación/adaptación de audífonos (hasta 1 por año).</li> <li>• El beneficio de audífonos incluye moldes, suministros de modificación y accesorios</li> </ul>                                                        |
| <b>Usted necesita cuidados de la vista</b> | Exámenes de la vista          | \$0                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista de rutina cada año</li> <li>• Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluido examen de glaucoma anual).</li> <li>• Examen de glaucoma cubierto por Medicare.</li> </ul> |
|                                            | Anteojos o lentes de contacto | \$0                                  | Pagaremos hasta \$350 por anteojos (armazón y lentes) o hasta \$350 para lentes de contacto cada año.                                                                                                                                                                                        |
|                                            | Otro cuidado de la vista      | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud                                     | Servicios que puede necesitar                                                                                                       | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita servicios de salud mental</b>                       | Servicios de salud mental                                                                                                           | \$0                                  | Requiere autorización previa. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de terapia individual</li> <li>• Visita de terapia de grupo</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                       | Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios y servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de salud mental | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br><br>Se requiere una referencia para servicios en el hospital para pacientes ambulatorios.<br><br>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días por una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados cuando es médicamente necesario.                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usted necesita servicios para trastornos por uso de sustancias</b> | Servicios para el trastorno por uso de sustancias                                                                                   | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br><br>Requiere una referencia de su doctor. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de terapia individual</li> <li>• Visita de terapia de grupo</li> </ul> Este beneficio no está cubierto por su plan de atención médica coordinada de Medi-Cal con IEHP. Este servicio debe ser prestado por la salud del comportamiento que proporciona el condado en el que usted vive si no está cubierto por el programa IEHP Dual Choice DSNP. |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud                                         | Servicios que puede necesitar                                            | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Usted necesita un lugar para vivir con personas disponibles para ayudarlo | Cuidado de enfermería especializada                                      | \$0                                  | Para ser elegible, debe ser mayor de 65 años de edad, vivir en el área de servicio de un sitio, ser capaz de ser atendido dentro de las limitaciones de costos del MSSP, poder recibir los servicios de coordinación de atención médica, ser actualmente elegible para Medi-Cal, y estar certificado o poder recibir certificación para la colocación en un centro de enfermería.                                                                                                                                                        |
|                                                                           | Cuidado en un hogar para personas de la tercera edad                     | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                           | Cuidado de crianza para adultos y cuidado de crianza grupal para adultos | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente             | Terapia ocupacional, física o del habla                                  | \$0                                  | <p>Requiere autorización previa.</p> <p>Requiere una referencia de su doctor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de terapia ocupacional no de Medicare</li> <li>• Terapia ocupacional, física y del habla para miembros de Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community Based Adult Services, CBAS)</li> </ul> <p>El beneficiario debe cumplir con los criterios de elegibilidad. El beneficiario debe ser mayor de 18 años de edad y cumplir con el nivel de atención de los centros de enfermería.</p> |



**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).



| Necesidad o preocupación de salud                         | Servicios que puede necesitar          | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Usted necesita ayuda para llegar a los servicios de salud | Servicios de ambulancia                | \$0                                  | Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia no de emergencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                           | Transporte de emergencia               | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                           | Transporte a citas médicas y servicios | \$0                                  | Transporte de ida y vuelta provisto a lugares aprobados por el plan. Este beneficio permite el transporte a servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público/privado. Este beneficio incluye solamente Transporte No Médico (Non-Medical Transportation, NMT). Este beneficio autoriza el transporte terrestre de los miembros a servicios médicos en vehículo de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público/privado provisto por personas no registradas como proveedores de Medi-Cal. No incluye el transporte de Miembros enfermos, lesionados, inválidos, convalecientes, débiles o Miembros de alguna manera incapacitados mediante servicios de transporte médico en ambulancia, camioneta para camilla o camioneta para silla de ruedas. El plan garantizará el cumplimiento de las disposiciones de la Garantía de Transporte de Consideraciones Médicas en el Código de Reglamentos Federal (42 CFR 431.53) para brindar el transporte necesario a los beneficiarios desde y hacia los proveedores. |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud                                               | Servicios que puede necesitar                                            | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b>        | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare                         | \$0                                  | Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su doctor en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Lea la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre estos medicamentos. |
|                                                                                 | Medicamentos genéricos (sin nombre de marca)                             | \$0                                  | Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> (Lista de Medicamentos) de IEHP DualChoice para obtener más información.                                                                                                                 |
|                                                                                 | Medicamentos de marca                                                    | \$0                                  | Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> (Lista de Medicamentos) de IEHP DualChoice para obtener más información.                                                                                                                 |
|                                                                                 | Medicamentos de venta sin receta médica ( <i>Over-the-counter, OTC</i> ) | \$0                                  | Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> (Lista de Medicamentos) de IEHP DualChoice para obtener más información.                                                                                                                 |
| <b>Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales</b> | Servicios de rehabilitación                                              | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                 | Equipo médico para cuidado domiciliario                                  | \$0                                  | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                 | Servicios de diálisis                                                    | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud                                                                                                                                                                                                                              | Servicios que puede necesitar         | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita cuidado de los pies</b>                                                                                                                                                                                                                      | Servicios de podología                | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.<br>Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con diabetes y cumple con ciertas condiciones. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Servicios ortopédicos                 | \$0                                  | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                  |
| <b>Usted necesita equipo médico duradero (DME)</b><br><br><b>Nota:</b> Esta no es una lista completa de DME cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicios para Miembros o consulte el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> . | Sillas de ruedas, muletas y andadores | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Nebulizadores                         | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Equipos y suministros de oxígeno      | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.                                                                                                                         |
| <b>Usted necesita ayuda para vivir en su hogar</b>                                                                                                                                                                                                             | Servicios de salud en el hogar        | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su doctor.<br>No se requiere exención.                                                                                             |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud | Servicios que puede necesitar                                                                                                                               | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar, como barras de apoyo                                              | \$0                                  | Para ser elegible, debe ser mayor de 65 años de edad, vivir en el área de servicio de un sitio, ser capaz de ser atendido dentro de las limitaciones de costos del MSSP, poder recibir los servicios de coordinación de atención médica, ser actualmente elegible para Medi-Cal, y estar certificado o poder recibir certificación para la colocación en un centro de enfermería. |
|                                   | Salud diurna para adultos, Servicios para adultos proporcionados en la comunidad ( <i>Community Based Adult Services, CBAS</i> ) u otros servicios de apoyo | \$0                                  | <p>Requiere autorización previa.</p> <p>Requiere una referencia de su doctor.</p> <p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días por una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados cuando es médicamente necesario.</p> <p>Se requiere una referencia para servicios en el hospital para pacientes ambulatorios</p>                                                 |
|                                   | Servicios de habilitación de día                                                                                                                            | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                   | Servicios para ayudarlo a vivir solo (servicios de cuidado de salud en el hogar o servicios de asistente de cuidado personal)                               | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Servicios adicionales</b>      | Servicios quiroprácticos                                                                                                                                    | \$0                                  | <p>Requiere autorización previa.</p> <p>Requiere una referencia de su doctor.</p> <p>Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxación (cuando 1 o más vértebras se desplazan).</p>                                                                                                                                                                                  |



**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).

| Necesidad o preocupación de salud | Servicios que puede necesitar                   | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre los beneficios) |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | Suministros y servicios para la diabetes        | \$0                                  |                                                                                        |
|                                   | Servicios protésicos                            | \$0                                  | Requiere autorización previa                                                           |
|                                   | Radioterapia                                    | \$0                                  | Requiere autorización previa                                                           |
|                                   | Servicios para ayudar a controlar su enfermedad | \$0                                  |                                                                                        |

El resumen anterior de beneficios se proporciona solo con fines informativos y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la *Evidencia de Cobertura* de IEHP DualChoice. Si no tiene una *Evidencia de Cobertura*, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de este documento para conseguir una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para Miembros o visitar [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

## D. Beneficios cubiertos fuera de IEHP DualChoice

Hay algunos servicios que puede obtener que no están cubiertos por IEHP DualChoice pero están cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de este documento para informarse sobre estos servicios.

| Otros servicios cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal | Sus costos                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP)           | Con cobertura conforme a Medi-Cal de pago por servicio. Para obtener más información, llame a Servicios para 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. |



**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).

| Otros servicios cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal                                                                     | Sus costos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ciertos servicios de cuidado de hospicio cubiertos fuera de IEHP                                                                           | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Rehabilitación psicosocial                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Gestión de casos específicos                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Hogar de reposo, alojamiento y atención                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Servicios de coordinación antes de la transición y servicios después de la transición del programa California Community Transitions (CCT)  | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ciertos servicios dentales, como radiografías, limpiezas, empastes, tratamientos de conductos, extracciones, coronas y dentaduras postizas | <p>Los servicios que están cubiertos por el Programa Dental de Medi-Cal no se le facturan a usted. Sin embargo, usted es responsable de su costo compartido, si corresponde. Usted es responsable de pagar los servicios que no están cubiertos por su plan o por el Programa Dental de Medi-Cal.</p> <p>Si desea más información, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicio al Cliente para Beneficiarios del Programa Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa están a su disposición para asistirle de 8am a 5pm, de lunes a viernes. Para obtener más información, usted también puede visitar el sitio web de Denti-Cal en <a href="https://www.denti-cal.ca.gov/">https://www.denti-cal.ca.gov/</a>.</p> |



**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).

| Otros servicios cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal | Sus costos                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)                                  | <p>\$0</p> <p>Si necesita ayuda con sus beneficios por Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local de su Condado. Consulte el Capítulo 2 (Números de Teléfono y Recursos Importantes) del Manual para Miembros de IEHP DualChoice.</p> |

## E. Servicios que IEHP DualChoice, Medicare y Medi-Cal no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de este documento para conocer otros servicios excluidos.

| Servicios que IEHP DualChoice, Medicare y Medi-Cal no cubren                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Otras terapias alternativas.                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.                                                                                                                                                                                |  |
| Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (entre ellos pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño deportivo, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.                              |  |
| Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una deformación corporal. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para darle la misma forma. |  |
| Artículos personales: Artículos de comodidad personales o artículos y servicios de conveniencia, como televisión, membresías de club de salud o artículos similares.                                                                                                                          |  |



**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).

## Servicios que IEHP DualChoice, Medicare y Medi-Cal no cubren

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| Equipo médico para la disfunción eréctil |  |
|------------------------------------------|--|

## F. Sus derechos al ser miembro del plan

Como miembro de IEHP DualChoice, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin ser sancionado. También puede usar estos derechos sin perder sus servicios de cuidado de salud. Le informaremos sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Evidencia de Cobertura*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Tiene derecho al respeto, la justicia y la dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Obtener servicios cubiertos sin preocuparse por su condición médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia en reclamos, historial médico, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) gratuitamente
  - Estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión
- **Tiene derecho a obtener información sobre su cuidado de salud.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que pueda entender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo obtener servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de los proveedores de cuidado de salud
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) y cambiar su PCP en cualquier momento durante el año
  - Usar un proveedor de cuidado de salud de la mujer sin una referencia



**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).



- Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
- Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar el costo o si están cubiertas
- Rechazar el tratamiento, incluso si su proveedor de cuidado de salud se lo desaconseja
- Dejar de tomar medicamentos, incluso si su proveedor de cuidado de salud se lo desaconseja
- Solicitar una segunda opinión. IEHP DualChoice pagará el costo de su visita de segunda opinión
- Dar a conocer sus deseos de cuidado de salud en una directiva anticipada
- **Tiene derecho al acceso oportuno a un cuidado que no tenga barreras de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Obtener cuidado médico oportuno
  - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de cuidado de salud. Esto significa acceso sin barreras para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades
  - Tener intérpretes para ayudar con la comunicación con sus proveedores de cuidado de salud y su plan de salud
- **Tiene derecho a buscar cuidado de emergencia y de urgencia cuando la necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Obtener servicios de emergencia sin autorización previa en una emergencia
  - Utilizar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que pueda entender, y solicitar que se modifiquen o corrijan sus registros
  - Que su información médica personal se mantenga privada
- **Tiene derecho a presentar quejas sobre sus servicios o cuidado cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores
  - Presentar una queja ante el Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC) de California a través de un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219), o una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con problemas auditivos o del habla. El sitio web del DMHC ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)) tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de Revisión médica independiente (IMR) e instrucciones disponibles en línea.
  - Solicite al DMHC una IMR de servicios o artículos de Medi-Cal que sean de naturaleza médica



**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).

- Apelar ciertas decisiones tomadas por DMHC o nuestros proveedores
- Solicitar una audiencia ante el estado
- Obtener una razón detallada de por qué se negaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la *Evidencia de cobertura*. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de este documento.

También puede llamar al Ombudsman especial para personas que tienen Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, entre las 9:00 a.m. y las 5:00 p.m., o la Oficina del Ombudsman de Medi-Cal 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

---

## G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que IEHP DualChoice debería cubrir algo que le negamos, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de este documento. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura*. También puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice a los números que aparecen al final de esta página o a los números que aparecen al pie de este documento.

|                     |                                                                     |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Fax seguro:         | 1-909-890-5877                                                      |
| Correo:             | IEHP DualChoice<br>P.O. Box 1800<br>Rancho Cucamonga, CA 91729-1800 |
| Correo Electrónico: | MemberServices@iehp.org                                             |
| Sitio web:          | www.iehp.org                                                        |

### Departamento de Cuidados de Salud Administrados

|            |                                                                    |
|------------|--------------------------------------------------------------------|
| Llame al:  | <b>1-888-466-2219</b>                                              |
| TT:        | <b>1-877-688-9891</b>                                              |
| Sitio web: | <b><a href="http://www.dmhc.ca.gov">http://www.dmhc.ca.gov</a></b> |



**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).

---

## H. Qué hacer si sospecha que ocurrió un fraude

La mayoría de los profesionales de la salud y las organizaciones que brindan servicios son honestos. Desafortunadamente, puede haber algunos que sean deshonestos.

Si cree que un doctor, hospital u otra farmacia está haciendo algo mal, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. Los números de teléfono son los números que aparecen al final de esta página o los números que aparecen al final de este documento.
- O llame al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-497-4648.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



**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).



**Si tiene preguntas generales o acerca de nuestro plan, el tipo de servicios, el área de servicios, la facturación o sobre las Tarjetas para Miembros, por favor llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice (HMO D-SNP):**

**Llame al:** **1-877-273-IEHP (4347)**  
Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los Servicios para Miembros de IEHP DualChoice cuentan además con servicios gratuitos de un intérprete de idiomas, disponibles para quienes no hablan inglés.

**TTY:** **1-800-718-4347**  
Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para quienes tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

**Fax:** **(909) 890-5877**

**Escriba a:** IEHP DualChoice  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

**Correo electrónico:** [memberservices@iehp.org](mailto:memberservices@iehp.org)

**Sitio web:** [www.iehp.org](http://www.iehp.org)