

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

Aviso Anual de Cambios para 2025

Introducción

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

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español, chino y vietnamita.
- Puede obtener el Aviso Anual de Cambios gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (hora estándar del Pacífico), los 7 días a la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. Esta llamada es gratuita.
- Para hacer una solicitud permanente para recibir materiales en su idioma preferido o en un formato alternativo, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 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.
- **ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.**



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.

العربية (Arabic)

1-877-273-IEHP (4347)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ
تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل
المستندات المكتوبة **(TTY: 1-800-718-4347)**

بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-877-273-IEHP (4347)**
(TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է
հարկավոր Ձեր լեզվով,, զանգահարեք **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**: Կան նաև
օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ
հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար,
օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ
տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**: Այդ
ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



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.

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)

1-877-273-IEHP(4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بزرگ، نیز توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بگنیرید این ارائه می شوند بگنیرید. کمک ها و خدمات مخصوص **1-877-273-IEHP(4347) (TTY: 1-800-718-4347)** تماس خدمات رایگان موجود است با **800-718-4347)**

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)** पर कॉल करें अशक्तता वाले लोगों के ललए सहायता और सेवाएँ , जैसे ब्रेल और बडे लरोट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800- 718-4347)** पर कॉल करें। ये सेवाएँ लन: शुल्क हैं।



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.

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-273-IEHP (4347) (TTY:1-800-718-4347)**へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.



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.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃບຫາເບີ
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃບຫາເບີ
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor
douc waac daaih lorx taux **1-877-273-IEHP (4347) (TTY:
1-800-718-4347).** Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux
nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv
taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx
caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun
longc. Douc waac daaih lorx **1-877-273-IEHP (4347)
(TTY: 1-800-718-4347).** Naaiv deix nzie weih gong-bou
jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv
nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ
ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-
4347).** ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ
ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ਇਹ
ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।



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.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-273-IEHP (4347) (линия TTY: 1-800-718-4347)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-273-IEHP (4347) (линия TTY: 1-800-718-4347)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)**. Libre ang mga serbisyonang ito.



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.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-273-IEHP (4347)**
(TTY: **1-800-718-4347**) นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ

สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-273-IEHP (4347)**
(TTY: **1-800-718-4347**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**). Các dịch vụ này đều miễn phí..



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.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	9
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año	9
B1. Información acerca de IEHP DualChoice	9
B2. Cosas importantes para hacer:	10
C. Cambios a nuestros proveedores y farmacias de la red	11
D. Cambios en los beneficios para el próximo año	11
D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos	11
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados	14
E. Elección de un plan	17
E1. Permanencia en nuestro plan	17
E2. Cambio de plan	17
F. Obtención de ayuda	21
F1. Nuestro plan	21
F2. Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP)	22
F3. Programa de Ombudsman	22
F4. Medicare	22
F5. Departamento de Administración de Servicios Médicos de California	23



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.

A. Descargos de responsabilidad

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

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

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

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

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

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección E2** (*Cómo cambiar de plan*, página 17).
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección E2** (*Cómo cambiar de plan*, página 17).

B1. Información acerca de IEHP DualChoice

IEHP DualChoice es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para dar los beneficios de ambos programas a los miembros.

La cobertura en virtud de IEHP DualChoice es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

Cuando en este *Aviso Anual de Cambios* aparece “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere al Plan Medicare Medi-Cal.



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.

B2. Cosas importantes para hacer:

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

Si decide seguir con IEHP DualChoice:

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

Si decide cambiar de plan:

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



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.

C. Cambios a nuestros proveedores y farmacias de la red

Hemos realizado cambios en nuestra red de proveedores y farmacias para 2025.

Por favor, revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2025* para saber si sus proveedores o farmacia están en nuestra red de servicios. Podrá encontrar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.iehp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

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

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

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

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Comidas saludables para personas con condiciones crónicas	Este beneficio no está cubierto en 2024.	Los miembros elegibles pagan \$0. Este beneficio cubre hasta 2 comidas al día durante un máximo de 365 días en el año del plan. Usted debe tener tanto diabetes como una enfermedad cardiovascular y cumplir otros criterios para calificar. No se puede garantizar la elegibilidad para este beneficio basándose únicamente en su afección. Tendrá que cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se le proporcione el beneficio.



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.

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		Consulte su Manual para Miembros para obtener más información. Medicare aprobó a IEHP DualChoice para proporcionar este beneficio como parte del programa Diseño de Seguros Basados en el Valor. Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.
Tarjeta de Salud Plena	La tarjeta de Salud Plena proporciona una ayuda mensual de \$65 que puede utilizarse para el pago de servicios públicos como las facturas de gas o de electricidad. El beneficio de la tarjeta de Salud Plena mencionado forma parte de un programa suplementario especial para personas con una enfermedad crónica. No todos los miembros califican. Vea su Evidencia de Cobertura para obtener más información.	La tarjeta de Salud Plena proporciona una ayuda mensual de \$65 que puede utilizarse para el pago de servicios públicos como las facturas de gas o de electricidad. Usted debe tener al menos una condición crónica, como trastornos cardiovasculares; condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; trastornos pulmonares crónicos; diabetes mellitus y trastornos neurológicos, y cumplir otros criterios para calificar. Puede haber otras condiciones crónicas elegibles que no aparecen en la lista. Para obtener información sobre otras condiciones crónicas elegibles, consulte su Manual para Miembros. No se puede garantizar la elegibilidad para este



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.

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		beneficio basándose únicamente en su afección. Tendrá que cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se le proporcione el beneficio. Consulte su Manual para Miembros para obtener más información. Medicare aprobó a IEHP DualChoice para proporcionar este beneficio como parte del programa Diseño de Seguros Basados en el Valor. Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.
Servicios especializados de salud mental	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Servicios psiquiátricos	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Medicamentos de insulina de Medicare Parte B	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Medicamentos de quimioterapia/radiación de Medicare Parte B	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Otros medicamentos de Medicare Parte B	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Servicios dentales de Medicare	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.



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.

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Beneficios adicionales de telesalud	Este beneficio no estaba cubierto en 2024.	Beneficios cubiertos por Medicare que pueden tener disponibles beneficios adicionales de telesalud: • Servicios que se necesitan con urgencia • Servicios médicos de atención primaria • Servicios médicos especializados • Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental • Sesiones de grupo para servicios psiquiátricos • Servicios del Programa de Tratamiento por Abuso de Opioides • Servicios de diálisis • Servicios preventivos de costo cero cubiertos por Medicare

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

Cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*

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

Hemos hecho cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

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

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por Medicare o el estado que le



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.

afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra *Lista de Medicamentos* en línea al menos una vez al mes para proporcionarle la Lista de Medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afecte a un medicamento que usted esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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

- Hable con su médico (u otro profesional que recete medicamentos) para encontrar un medicamento diferente que sí cubramos.
 - Puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o comunicarse con su coordinador de atención médica para solicitar una *Lista de Medicamentos Cubiertos* que traten la misma afección.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.
- Hable con su médico (u otro profesional que receta medicamentos) y pídanos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
 - Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo máximo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que le recete el medicamento).
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* o llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.
 - Si necesita ayuda para pedir una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención médica. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención médica.
- Pídanos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año civil.
 - Este suministro temporal es para un máximo de 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*).
 - Cuando obtenga el suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que cubra nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción en su caso y cubramos su medicamento actual.



Si 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.

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

Actualmente podemos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra *Lista de Medicamentos* si lo reemplazamos por una nueva versión del medicamento genérico y con las mismas reglas o menos que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra *Lista de Medicamentos*, pero agregar inmediatamente nuevas reglas.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser reemplazado por uno biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que obtenga un surtido para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en el que hagamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hayamos hecho, pero puede que le llegue después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 12** de su *Manual para Miembros*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Vaya al sitio web de la FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al número que aparece al final de la página o pedir más información a su proveedor de atención médica, profesional que receta medicamentos o farmacéutico.

Cambios a los costos de los medicamentos recetados

No hay cambios en el monto que usted paga por medicamentos recetados en 2025. Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos recetados, siga leyendo a continuación.

Medicare aprobó IEHP DualChoice para proporcionar copagos más bajos como parte del Programa de Diseño de Seguros Basados en el Valor. Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.

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



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.

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Medicamentos del nivel 1 <i>(medicamentos genéricos, medicamentos de marca, medicamentos biosimilares)</i> El costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red.	Su copago por el suministro para un mes (31 días) es de \$0 por receta médica .	Su copago por el suministro para un mes (31 días) es de \$0 por receta médica .

E. Elección de un plan

E1. Permanencia en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare o cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2025.

E2. Cambio de plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Como usted tiene Medi-Cal, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos:

El **periodo de inscripción anual**, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.

El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que va del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

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

- se mudó de nuestra área de servicio;

cambió su elegibilidad para recibir Medi-Cal o Ayuda adicional, o



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.

se mudó recientemente o está recibiendo atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si salió recientemente de una institución, puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en el que salga.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare enumerados a continuación cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, incluyendo el **periodo de inscripción anual** y el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección E2**. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Usted puede cambiar a: Un plan Medicare Medi-Cal (plan Medi-Medi) es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre que reciben en California los planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) integrados.	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8am a 5pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. O Inscríbase en un nuevo plan Medi-Medi. Su inscripción a nuestro plan quedará automáticamente cancelada cuando dé
---	--



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.

	comienzo la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su plan Medi-Medi.
2. Puede cambiar a: Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8am a 5pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción a nuestro plan quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la cobertura de Original Medicare. Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted lo solicite.
3. Puede cambiar a: Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible 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.

NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir. No se quede sin cobertura de medicamentos recetados, a menos que disponga ya de otra cobertura de medicamentos, como de un empleador, un sindicato u otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8am a 5pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8am a 5pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. • Su inscripción a nuestro plan quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Original Medicare. Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted lo solicite.
4. Puede cambiar a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluyendo el periodo de inscripción anual y el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8am a 5pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina



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.

	local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/. O Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Su inscripción a nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Es posible que cambie su plan de Medi-Cal.
--	--

Sus servicios de Medi-Cal

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

F. Obtención de ayuda

F1. Nuestro plan

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

Lea su *Manual para Miembros*

Su *Manual para Miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene los detalles sobre los beneficios para 2025. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos recetados que cubrimos.

El *Manual para Miembros* de 2025 estará disponible a partir del 15 de octubre. Encontrará una copia actualizada del *Manual para Miembros* en nuestro sitio web www.iehp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual para Miembros* de 2025.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en www.iehp.org. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias



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.

(Directorio de Proveedores y Farmacias) y nuestra *Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos)*.

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

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

F3. Programa de Ombudsman

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

- Actúa como defensor en su nombre. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja, y explicarle lo que tiene que hacer.
- Se asegura de que tenga información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa de Defensoría de Medicare Medi-Cal es el 1-855-501-3077.

F4. Medicare

Para obtener la información directamente de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El sitio web de Medicare

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

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



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.

Medicare y usted 2025

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2025*. Todos los años, en otoño, enviamos este folleto a las personas inscritas en Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

F5. Departamento de Administración de Servicios Médicos de California

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar al plan de salud al **1-877-273-IEHP (4347)** y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud, antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de los posibles derechos legales o recursos que puedan estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja formal sobre una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto de manera satisfactoria o una queja formal que ha permanecido sin resolver más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si cumple los requisitos para una IMR, este proceso proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud en cuanto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflictos sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. En el sitio web del departamento, www.dmh.ca.gov, encontrará formularios para la presentación de quejas, solicitudes de IMR e instrucciones en línea. Consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de su *Manual para Miembros* para obtener más información.



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.