

2025

# Resumen DE BENEFICIOS

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan



**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.

# IEHP DualChoice (HMO D-SNP) | Resumen de beneficios 2025

## Introducción

Este documento es un resumen de los beneficios y servicios cubiertos por IEHP DualChoice. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, un resumen de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de IEHP DualChoice. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Miembros*.

Índice

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción .....                                                                    | 1  |
| A. Descargos de responsabilidad.....                                                  | 2  |
| B. Preguntas frecuentes (FAQ) .....                                                   | 10 |
| C. Lista de servicios cubiertos .....                                                 | 15 |
| D. Beneficios cubiertos fuera de IEHP DualChoice .....                                | 32 |
| E. Servicios que IEHP DualChoice, Medicare y Medi-Cal no cubren.....                  | 34 |
| F. Sus derechos al ser miembro del plan.....                                          | 35 |
| G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado, demorado o modificado..... | 37 |
| H. Qué hacer si sospecha que ocurrió un fraude .....                                  | 38 |



**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 desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. Esto solo es un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, consulte el *Manual para Miembros*.

- ❖ 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*. Este 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 de Salud (*Department of Healthcare Services, DHCS*) de California ([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 8am y las 5pm. 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 9am y las 5pm.
- ❖ **ATTENTION: 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](http://www.iehp.org).

## العربية (Arabic)

**1-877-273-IEHP (4347)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ

**(TTY: 1-800-718-4347)** تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة

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 ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬ ឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ 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](http://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)

خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-877-273-IEHP(4347) (TTY: 1-800-718-4347)** تماس و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز توجه: اگر می‌خواهید از خدمات رایگان این خدمات رایگان استفاده کنید. **1-877-273-IEHP(4347) (TTY: 1-800-718-4347)** تماس بگیرید. کمک‌ها موجود است با **800-718-4347**

## हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है त **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)** पर कॉल करें। ये सेवाएं निः 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](http://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](http://www.iehp.org).

## ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **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 hluc 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](http://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 serbisyong 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](http://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](http://www.iehp.org).

- ❖ 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.
- ❖ Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, en letra grande, en braille o en audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.
- ❖ 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 1877273IEHP (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 18007184347.
- ❖ Este documento está disponible sin costo en español, chino y vietnamita.
- ❖ 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.
- ❖ 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 1877273IEHP (4347), 8am8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 18007184347. 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 1877273IEHP (4347), 8 giờ sáng 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày



**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).

một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 18007184347. 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.

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

En la siguiente tabla se mencionan las preguntas más frecuentes.

| Preguntas frecuentes                                                                         | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué es un plan Medicare-Medi-Cal?                                                           | Un plan 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 21 años. Un plan Medicare-Medi-Cal es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Servicios y Apoyo a Largo Plazo ( <i>Long-Term Services and Supports, LTSS</i> ) y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención médica para ayudarle a administrar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Todos trabajan juntos para brindarle la atención 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. Trabjará 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 médico y Equipo para Coordinar su Atención Médica. 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 (<i>In-Home Support Services, IHSS</i>), servicios especializados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, o servicios del centro regional.</p> <p>Cuando se inscriba en IEHP DualChoice, usted y su Equipo para Coordinar su Atención Médica trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidado para abordar sus necesidades de salud y apoyo, que refleje sus preferencias y objetivos personales.</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>Si está tomando algún medicamento recetado 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 en el pie de página de este documento.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>¿Puedo consultar a los mismos médicos a los que acudo ahora?</b><br/>(continúa en la página siguiente)</p> | <p>Esto pasa con frecuencia. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) 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 y solicitar que continúe su atención. Es posible que pueda continuar viendo a los médicos a los que acude actualmente durante un cierto periodo, si no están en nuestra red. A esto lo llamamos "continuidad de la atención". Si no están en nuestra red, puede quedarse con sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio en el momento de inscribirse por hasta 12 meses.</li> </ul> <p style="text-align: right;">(continúa en la página siguiente)</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 consultar a los mismos médicos a los que acudo ahora? (continuación de la página anterior)</b></p> | <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 establecer un contrato con IEHP.</li> <li>• El proveedor cumple los estándares profesionales aplicables y no tiene problemas de calidad de la atención médica.</li> </ul> <p>Para saber si sus médicos están en la red de servicios del plan, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en el pie de página de este documento o lea el <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> de IEHP DualChoice en el sitio web del plan 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> |
| <p><b>¿Qué es un coordinador de atención médica de IEHP DualChoice?</b></p>                                     | <p>Un coordinador de atención médica 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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?</b></p>                                              | <p>Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) 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 Centro de Cuidados para Adultos Mayores o en un hospital. En algunos casos, un condado u otra agencia puede administrar estos servicios y su coordinador de atención médica o Equipo para Coordinar su Atención Médica trabajará con esa agencia.</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué es un Programa de Servicios Múltiples para Adultos Mayores (MSSP)?                           | Un MSSP proporciona coordinación de atención médica continua con proveedores de atención médica 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Qué sucede si necesito un servicio pero nadie en la red de IEHP DualChoice puede proporcionarlo? | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿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 en el pie de página de este documento para obtener más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Qué es una 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 en el pie de página de este documento para recibir ayuda.</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué es una referencia?                                                                                    | <p>Una referencia significa que su Proveedor de Cuidado Primario (<i>Primary Care Provider, PCP</i>) 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 el <i>Manual para Miembros</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?                                   | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Pago un deducible como miembro de IEHP DualChoice?                                                        | No. No paga deducibles en IEHP DualChoice.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Cuál es el monto máximo 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 de su bolsillo anuales serán de \$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).

## C. Lista de servicios cubiertos

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

| Necesidad o preocupación de salud                               | Servicios que posiblemente necesite                                                    | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita cuidados hospitalarios</b>                    | Estadía en el hospital                                                                 | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días por una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados cuando es médicamente necesario.<br>Se requiere una referencia para servicios de hospital en consulta externa. |
|                                                                 | Cuidado médico o quirúrgico                                                            | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.                                                                                                                                                                                      |
|                                                                 | Servicios de hospital en consulta externa, incluida la observación                     | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.                                                                                                                                                                                      |
|                                                                 | Servicios del centro de cirugía ambulatoria ( <i>Ambulatory Surgical Center, ASC</i> ) | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usted quiere un médico (continúa en la página siguiente)</b> | Consultas para tratar una lesión o enfermedad                                          | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                 | Atención de un Especialista                                                            | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.                                                                                                                                                                                      |
|                                                                 | Consultas de bienestar, como un examen físico                                          | \$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 posiblemente necesite                                                                                                                             | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted quiere un médico (continuación de la página anterior)</b> | Cuidado de salud para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe y evaluaciones para detectar cáncer                                                   | \$0                                  | Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.                                                                                                                 |
|                                                                    | "Bienvenido a Medicare" (consulta preventiva, solo una vez)                                                                                                     | \$0                                  | Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.                                                                                                                 |
| <b>Usted necesita cuidado de emergencia</b>                        | Servicios de sala de emergencias                                                                                                                                | \$0                                  | Los servicios de atención médica de emergencia se proporcionarán fuera de la red y sin los requisitos de autorización previa.<br>Sin cobertura fuera de EE. UU.<br>Comuníquese con el plan para obtener los detalles. |
|                                                                    | Cuidado de urgencia                                                                                                                                             | \$0                                  | Los servicios de cuidado de urgencia se proporcionarán fuera de la red y sin tener los requisitos de la autorización previa.<br>Sin cobertura fuera de EE. UU.<br>Comuníquese con el plan para obtener los detalles.  |
| <b>Usted necesita análisis médicos</b>                             | Servicios de Radiología Diagnóstica (por ejemplo, radiografías u otros servicios de imágenes, como tomografías axiales computarizadas o resonancias magnéticas) | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.                                                                                                                                                |
|                                                                    | Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre                                                                                 | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.                                                                                                                                                |



**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 posiblemente necesite             | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita servicios de audición</b>                                   | Evaluaciones de la audición                     | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.<br>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                         | Audífonos                                       | \$0                                  | Requiere autorización previa. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación/adaptación de audífonos (hasta un por año).</li> <li>• El beneficio de audífonos incluye moldes, suministros de modificación y accesorios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usted necesita atención dental (continúa en la siguiente página)</b> | Exámenes médicos dentales y atención preventiva | \$0                                  | Medi-Cal cubre las revisiones dentales y la atención preventiva.<br><br>Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal o cuota por servicio ( <i>Fee-for-Service, FFS</i> ) de Medi-Cal. Si tiene preguntas o desea obtener más información acerca de los servicios dentales, 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://smilecalifornia.org/contact-us/">https://smilecalifornia.org/contact-us/</a> . |



**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 posiblemente necesite             | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita atención dental (continuación de la página anterior)</b>   | Atención dental de restauración y de emergencia | \$0                                  | <p>Los servicios cubiertos por Medicare requieren autorización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare requieren una referencia de su médico.</p> <p>Medi-Cal cubre la atención dental de restauración y de emergencia.</p> <p>Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal o cuota por servicio (<i>FFS</i>) de Medi-Cal. Si tiene preguntas o desea obtener más información acerca de los servicios dentales, 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>.</p> |
| <b>Usted necesita cuidados de la vista (continúa en la página siguiente)</b> | Exámenes de la vista                            | \$0                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluida la evaluación de glaucoma anual)</li> <li>• Evaluación de glaucoma cubierta por Medicare</li> <li>• Un examen de la vista de rutina cada año</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).

| Necesidad o preocupación de salud                                                                           | Servicios que posiblemente necesite                                                                                                 | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita cuidados de la vista (continuación de la página anterior)</b>                             | Anteojos o lentes de contacto                                                                                                       | \$0                                  | Pagaremos los siguientes servicios suplementarios de la vista: un examen rutinario de la vista cada año y hasta \$350 para un armazón de anteojos o para lentes de contacto cada año. Los lentes para anteojos están cubiertos al 100% en función de la necesidad médica.                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                             | Otro cuidado de la vista                                                                                                            | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usted necesita servicios de salud mental</b>                                                             | Servicios de salud mental                                                                                                           | \$0                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia</li> <li>• Psiquiatría</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                             | Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios y servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de salud mental | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días por una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados si es médicamente necesario.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias (continúa en la página siguiente)</b> | Servicios para trastornos por consumo de sustancias                                                                                 | \$0                                  | <p>Requiere autorización previa.</p> <p>Requiere una referencia de su médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de terapia individual</li> <li>• Consulta de terapia de grupo</li> </ul> <p>Los servicios para trastornos por consumo de sustancias a través de IEHP DualChoice incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección, evaluación, intervenciones breves y referencia a</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).

| Necesidad o preocupación de salud                                                                                     | Servicios que posiblemente necesite | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias (continuación de la página anterior)</b></p> |                                     |                                      | <p>tratamiento (<i>Screening, Assessment, Brief Interventions, and Referral to Treatment, SABIRT</i>) por consumo de alcohol y drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desintoxicación médica para pacientes hospitalizados cuando sea médicamente necesaria</li> <li>• Programas de Tratamiento por Consumo de Opioides</li> </ul> <p>Los servicios para trastornos por consumo de sustancias que proporcionan los planes de salud mental del condado incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de tratamiento residencial</li> <li>○ Tratamiento asistido con medicamentos</li> </ul> </li> <li>• Servicios para trastornos por consumo de sustancias del plan de salud mental del condado: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Riverside: 1-800-499-3008</li> <li>○ San Bernardino: 1-800-968-2636</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).

| Necesidad o preocupación de salud                                                             | Servicios que posiblemente necesite                                      | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita un lugar disponibles para ayudarle</b>                                      | Cuidado de enfermería especializada                                      | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                               | Atención en un Centro de Cuidados para Adultos Mayores                   | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                               | Cuidado de acogida para adultos y cuidado de acogida grupal para adultos | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usted necesita tratamiento después de una derrame cerebral o accidente</b>                 | Terapia ocupacional, física o del habla                                  | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico. <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de terapia ocupacional que no es de Medicare</li> <li>Terapia ocupacional, física y del habla para afiliados de Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (<i>Community Based Adult Services, CBAS</i>)</li> </ul> El beneficiario debe cumplir con los criterios de elegibilidad. El beneficiario debe ser mayor de 18 años y cumplir con el nivel de atención de los centros de enfermería. |
| <b>Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud (continúa en la página siguiente)</b> | Servicios de ambulancia                                                  | \$0                                  | Transporte en ambulancia que no sea de emergencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                               | Transporte de emergencia                                                 | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                               | Transporte a citas médicas y servicios                                   | \$0                                  | Se proporciona transporte de ida y vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan. Este beneficio permite el transporte a servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



**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 posiblemente necesite              | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud (continuación de la página anterior)</b>    |                                                  |                                      | <p>médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado. Este beneficio autoriza el transporte terrestre de los miembros a servicios médicos en vehículo de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado que proporcionan personas que no están registradas como proveedores de Medi-Cal. No incluye el transporte de miembros enfermos, lesionados, inválidos, convalecientes, débiles o incapacitados, por medio de 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 por Razones Médicas en el Código de Regulaciones Federales (42 CFR 431.53) para brindar el transporte necesario a los beneficiarios desde y hacia los proveedores.</p> |
| <b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la página siguiente)</b> | Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare | \$0                                  | <p>Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos</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 posiblemente necesite                                                          | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)</b> |                                                                                              |                                      | medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, consulte el <i>Manual para Miembros</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                        | Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare<br><br>Medicamentos genéricos (no de marca) | \$0 para un suministro de 31 días.   | Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</i> de IEHP DualChoice para obtener más información.<br><br><b>Mensaje importante sobre lo que paga usted por las vacunas:</b> algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar este tipo de vacunas en la Lista de Medicamentos Cubiertos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. |
|                                                                                                        | Medicamentos de marca                                                                        | \$0 para un suministro de 31 días.   | Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</i> de IEHP DualChoice 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](http://www.iehp.org).

| Necesidad o preocupación de salud                                                                      | Servicios que posiblemente necesite                          | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)</b> | Medicamentos de venta libre ( <i>Over-the-counter, OTC</i> ) | \$0                                  | <p>Nuestro plan ofrece un beneficio complementario que proporciona un subsidio para la compra de ciertos artículos de venta libre (<i>OTC</i>). Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al número que aparece al final de esta página.</p> <p>Se proporciona un subsidio trimestral de \$40. Los montos que no se usen no se transfieren al siguiente trimestre. Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</i> de IEHP DualChoice para obtener más información.</p> <p>Además, también tiene los beneficios de Medi-Cal para artículos OTC. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (<a href="http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact">www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact</a>) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.</p> |
| <b>Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales</b>                        | Servicios de rehabilitación                                  | \$0                                  | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                        | Equipo médico para atención en el hogar                      | \$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 posiblemente necesite   | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted necesita cuidado de los pies</b>                                                                                                                                                                                                                                                 | Servicios de podología                | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.<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 (<i>Durable Medical Equipment, DME</i>)</b><br><br><b>Nota: Esta no es una lista completa de DME cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio para Miembros o consulte el Capítulo 4 del <i>Manual para Miembros</i>.</b> | Sillas de ruedas, muletas y andaderas | \$0                                  | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nebulizadores                         | \$0                                  | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Equipos y suministros de oxígeno      | \$0                                  | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                  |
| <b>Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (continúa en la página siguiente)</b>                                                                                                                                                                                                      | Servicios de salud en el hogar        | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.<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 posiblemente necesite                                                                                   | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación de la página anterior)</b></p> | <p>Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar, como barras de apoyo</p> | <p>\$0</p>                           | <p>Requiere autorización previa.</p> <p>Servicios de cuidado personal y de asistencia con las tareas del hogar. Personas en riesgo de hospitalización o de institucionalización en un centro de enfermería o personas con déficits funcionales y sin otro sistema de apoyo adecuado.</p> <p>Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar IHSS en la agencia de servicios sociales de su condado.</p> <p>El programa de IHSS ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS se consideran una alternativa a la atención fuera del hogar, como los centros de cuidados para adultos mayores o los centros de alojamiento y atención. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como asistencia con la evacuación intestinal y urinaria, la ducha, el arreglo personal y los servicios paramédicos),</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 posiblemente necesite | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación de la página anterior)</b></p> |                                     |                                      | <p>acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para las personas con discapacidad mental. Su coordinador de atención médica también puede ayudarle a recibir los siguientes servicios de apoyo comunitario si cumple los criterios de elegibilidad: servicios de orientación para la transición a la vivienda, depósitos para vivienda, servicios de arrendamiento y mantenimiento de vivienda, alojamiento de corta duración tras una hospitalización, cuidados de recuperación, servicios de relevo, programas de habilitación diurna, transición de centros de enfermería/desvío a centros de vida asistida, servicios de transición comunitarios/transición de centros de enfermería a una vivienda, servicios de cuidado personal y asistencia con las tareas del hogar, modificaciones de accesibilidad del entorno, alimentos de apoyo médico/comidas médicamente adaptadas, centros de sobriedad y tratamiento para el asma.</p> <p>Para ser elegible, tiene que vivir dentro del área de servicio de un centro, tener la posibilidad de recibir atención dentro de las limitaciones de costo del MSSP,</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 posiblemente necesite                                                                         | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación de la página anterior) |                                                                                                             |                                      | ser candidato para los servicios de administración de la atención, ser actualmente elegible para Medi-Cal y estar certificado o tener la posibilidad de estarlo para que lo admitan en un centro de enfermería.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                  | Salud diurna para adultos, Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) u otros servicios de apoyo | \$0                                  | <p>Requiere autorización previa.</p> <p>Requiere una referencia de su médico.</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 de hospital en consulta externa.</p> <p>CBAS es un programa de servicios ambulatorios basados en un centro al que las personas acuden de acuerdo con un horario. Ofrece atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluidas terapia ocupacional, física y del habla), cuidado personal, soporte y capacitación para la familia/el cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagaremos por el CBAS si usted cumple con los criterios de elegibilidad.</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 posiblemente necesite                                                                                            | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación de la página anterior) |                                                                                                                                |                                      | Llame a su médico o 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.                                                                                                                                                                                |
|                                                                                  | Servicios de habilitación de día                                                                                               | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br><br>La habilitación diurna es para personas sin hogar que han accedido a una vivienda en los últimos 24 meses y personas en riesgo de quedarse sin hogar o de ser institucionalizadas cuya estabilidad en cuanto a vivienda podría mejorarse mediante la participación en un programa de habilitación diurna.                                                                        |
|                                                                                  | Servicios para ayudarlo a vivir solo (servicios de asistencia médica a domicilio o servicios de asistente de cuidado personal) | \$0                                  | Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) pagará los servicios de cuidadores para que usted pueda permanecer seguro en su propio hogar. Para calificar, tiene que vivir en su hogar o en un hogar de su elección, tener una limitación física o cognitiva que durará 12 meses o más, y presentar un formulario de Certificación de atención médica completado. Para obtener más información sobre IHSS, vea la sección D. |



**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 posiblemente necesite             | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)</b> | Servicios quiroprácticos                        | \$0                                  | Requiere autorización previa.<br>Requiere una referencia de su médico.<br>Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxación (cuando 1 o más vértebras se desplazan).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                | Servicios y suministros para la diabetes        | \$0                                  | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                | Servicios protésicos                            | \$0                                  | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                | Radioterapia                                    | \$0                                  | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                | Servicios para ayudar a controlar su enfermedad | \$0                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                | Tarjeta de Salud Plena                          | \$0                                  | 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, agua, basura o electricidad.<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</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).

| Necesidad o preocupación de salud                          | Servicios que posiblemente necesite | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios adicionales (continuación de la página anterior) |                                     |                                      | <p>información sobre otras condiciones crónicas elegibles, consulte su Manual para Miembros. 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.</p> <p>Medicare aprobó a IEHP DualChoice para proporcionar este beneficio 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.</p> <p>Consulte su Manual para Miembros para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad y los beneficios.</p> |
|                                                            | Comidas saludables                  | \$0                                  | <p>Comidas saludables para personas con condiciones crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Este beneficio cubre hasta dos comidas al día durante un máximo de 365 días en el año del plan.</li> <li>• Usted debe tener <b>tanto</b> diabetes como una enfermedad cardiovascular y cumplir otros criterios para calificar.</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).

| Necesidad o preocupación de salud                          | Servicios que posiblemente necesite | Sus costos por proveedores de la red | Información sobre limitaciones, excepciones y beneficios (reglas sobre beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios adicionales (continuación de la página anterior) |                                     |                                      | <p>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.</p> <p>Medicare aprobó a IEHP DualChoice para proporcionar este beneficio 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.</p> <p>Consulte su Manual para Miembros para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad y los beneficios.</p> |

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 el *Manual para Miembros* de IEHP DualChoice. Si no tiene un *Manual para Miembros*, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice a los números que aparecen en el pie de página de este documento para obtenerlo. 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 que sí 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 en el pie de página de este documento para obtener información sobre estos servicios.



**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                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa de Servicios Múltiples para Adultos Mayores ( <i>MSSP</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cubierto a través de cuota por servicios de Medi-Cal. 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. |
| <p>Servicios de Apoyo en el Hogar (<i>IHSS</i>)</p> <p><b><u>Condado de Riverside:</u></b>    <b><u>Condado de San Bernardino:</u></b></p> <p>1-888-960-4477                      1-877-800-4544</p> <p>De lunes a viernes                De lunes a viernes</p> <p>De 7:30am a 5:30pm              De 8am a 5pm</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>Ciertos servicios dentales</p> <p>La información de contacto de Atención Médica Coordinada Dental (<i>Dental Managed Care, DMC</i>) para los miembros se puede encontrar en <a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov/Contact_Us/DMC_Member_Contact_Information/DMCMemberContactInformation">www.dental.dhcs.ca.gov/Contact_Us/DMC_Member_Contact_Information/DMCMemberContactInformation</a>.</p> <p>Para informarse sobre la cuota por servicios de Medi-Cal Dental, comuníquese con Medi-Cal Dental llamando al 1-800-322-6384 o visite el sitio web <a href="http://smilecalifornia.org">smilecalifornia.org</a> o <a href="http://sonriecalifornia.org">sonriecalifornia.org</a>.</p> | \$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).

| Otros servicios cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal                   | Sus costos |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Ciertos servicios de cuidados de hospicio cubiertos fuera de IEHP DualChoice (HMO D-SNP) | \$0        |
| Rehabilitación psicosocial                                                               | \$0        |
| Administración de casos específicos                                                      | \$0        |
| Habitación en una casa de reposo y alojamiento                                           | \$0        |
| Pretransición del Programa California Community Transitions (CCT)                        | \$0        |

## 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 en el pie de página de este documento para conocer otros servicios excluidos.

| Servicios que IEHP DualChoice, Medicare y Medi-Cal no cubren                                                                                                                                                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Servicios considerados no "razonables y médicamente necesarios" según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que los incluyamos en la lista de servicios cubiertos                                                                                        |  |
| Medicamentos, artículos y tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra.                                                                            |  |
| 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 estéticos, antienviejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios. |  |



**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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente 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 a un club de salud o artículos similares.                                                                                                                                    |  |
| 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 esos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte el *Manual para Miembros*. 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 afección, 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 aislamiento
- **Tiene derecho a obtener información sobre su atención médica.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que usted pueda entender. Esto incluye el derecho de obtener información sobre:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo obtener los servicios



**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).

- Cuánto le costarán los servicios
- Nombres de proveedores de atención médica
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho de:
  - Elegir un Proveedor de Cuidado Primario (*PCP*) y cambiar de PCP en cualquier momento durante el año
  - Usar un proveedor de atención médica para la mujer sin una referencia
  - 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 atención médica se lo desaconseja
  - Dejar de tomar medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica se lo desaconseja
  - Solicitar una segunda opinión. IEHP DualChoice pagará el costo de su visita de segunda opinión
  - Dar a conocer sus deseos de atención médica en unas instrucciones por adelantado
- **Tiene derecho al acceso oportuno a los servicios de atención médica que no tenga barreras de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho de:
  - Obtener atención médica oportuna
  - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. 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 atención médica y su plan de salud
- **Tiene derecho a buscar cuidado de emergencia y de urgencia cuando lo 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 de:



**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).

- Pedir y obtener una copia de sus expedientes médicos de manera que usted pueda comprenderlos y pedir que se hagan cambios o correcciones en ellos
- Mantener la privacidad de su información personal de salud
- **Tiene derecho a presentar una queja o a apelar un servicio denegado, demorado o modificado; vea la sección G más adelante.** Esto incluye el derecho de:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores
  - Presentar una queja ante el **Centro de Ayuda del Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (Department of Managed Health Care, DMHC)** 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.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov)) tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*) e instrucciones disponibles en línea.
  - Solicitar al DMHC una IMR de servicios o artículos de Medi-Cal que sean de naturaleza médica
  - Solicitar una audiencia ante el estado
  - Obtener una razón detallada de por qué se le denegaron los servicios y pedir copias sin costo de toda la información usada para tomar la decisión

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual para Miembros*. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice a los números que aparecen en el pie de página 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 9am y las 5pm, o a la oficina del Ombudsman de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, entre las 8am y las 5pm.

---

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

Si tiene una queja o cree que IEHP DualChoice le negó, demoró o modificó indebidamente un servicio, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en el pie de página de este documento. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.



**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 sobre quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** del *Manual para Miembros*. También puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice a los números que aparecen en el pie de página de este documento.

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

#### **Centro de Ayuda del Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (DMHC)**

Llame al: **1-888-466-2219**  
TTY: **1-877-688-9891**  
Sitio web: **<http://www.dmhc.ca.gov>**

---

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

La mayoría de los profesionales y las organizaciones de atención médica que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, puede haber algunos que sean deshonestos.

Si cree que un médico, 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 que aparecen en el pie de página de este documento.
- O llame al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 1-800-541-5555. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-430-7077.
- 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 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. De 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)