

2027

Resumen de Beneficios

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan

1-877-273-IEHP (4347)

1-800-718-4347 TTY

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



DualChoice



IEHP DualChoice (HMO D-SNP) | Resumen de Beneficios 2027

Introducción

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

Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	2
B. Preguntas Frecuentes (<i>Frequently Asked Questions, FAQ</i>).....	11
C. Lista de servicios cubiertos.....	16
D. Beneficios cubiertos fuera de IEHP DualChoice.....	38
E. Servicios que IEHP DualChoice, Medicare y Medi-Cal no cubren.....	40
F. Sus derechos como miembro del plan.....	41
G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado, con demora o modificado.....	43
H. Qué hacer si existe sospecha de fraude.....	45

A. Descargos de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por IEHP DualChoice correspondientes al 1 de enero de 2027. Se trata solo de un resumen. Lea el *Manual para Miembros* si desea obtener la lista completa de beneficios. El Manual para Miembros está disponible en nuestro sitio web en www.iehp.org o bien, para obtener una copia, llame a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- ❖ La cobertura en virtud de IEHP DualChoice es una cobertura médica que cumple con los requisitos y que lleva por nombre “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act, ACA*). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service, IRS*) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- ❖ Para obtener más información sobre **Medicare**, puede leer el manual *Medicare y Usted*. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (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 Atención Médica (*Department of Healthcare Services, DHCS*) de California (www.dhcs.ca.gov/) o comunicarse con la Oficina del Ombudsman de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 5 p.m. También puede llamar al Ombudsman especial para personas que tengan tanto Medicare como Medi-Cal, al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, entre las 9 a.m. y las 5 p.m.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). 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 or 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

1-877-273-IEHP (4347)

بـ يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل

بـ (TTY: 1-800-718-4347). المكتوبة المستندات مثل الإعاقة، ذوي للأشخاص والخدمات المساعدات أيضاً تتوفر

اتصل بريل والخط الكبير بـ (1-877-273-IEHP (4347)

(TTY: 1-800-718-4347). مجانية الخدمات هذه

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, **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:



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita.

Para más información, visite www.iehp.org.

中文 (Chinese)

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

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 ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

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 Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Hmoob (Hmong)

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

日本語 (Japanese)

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

한국어 (Korean)

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



ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕເພີມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex 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 hlou 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.

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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



فارسی (Farsi)

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

موجود است با **1-877-273-IEHP(4347) (TTY: 1-800-718-4347)**

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.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Tagalog (Filipino)

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

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.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

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.

- ❖ Este documento está disponible de forma gratuita en español, chino y vietnamita.
- ❖ 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), de 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.
- ❖ 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 user should call 1-800-718-4347. IEHP DualChoice will keep your information as a standing request for future mailings and communications so you do not need to make a separate request each time.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

- ❖ Para realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en español o en un formato alterno, o para hacer cambios a una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. IEHP DualChoice conservará su información como una solicitud permanente para envíos y notificaciones futuras, para que no tenga que hacer una solicitud por separado cada vez.
- ❖ 如需长期申请接收除英语以外其他语言或其他格式的资料，或更改长期申请，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联络，服务时间为每周 7 天（节假日 除外），上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间）。TTY 使用者请致电 1-800-718-4347。IEHP DualChoice 会将您的信息作为长期申请保存，以用于未来信件及通讯往来，因此您 无需每次都单独提出申请。
- ❖ Để đưa ra yêu cầu cố định về việc nhận tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế, hoặc để thực hiện thay đổi cho yêu cầu cố định, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng – 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, bao gồm các ngày lễ. Người dùng TTY nên gọi 1-800-718-4347. Chương trình IEHP DualChoice sẽ lưu giữ thông tin của quý vị như một 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.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

B. Preguntas Frecuentes (*Frequently Asked Questions, FAQ*)

En la siguiente tabla se enumeran las preguntas más frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Plan Medi-Medi?	IEHP DualChoice es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a los afiliados. Es para personas mayores de 21 años. Un Plan Medi-Medi es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (<i>Long-term Services and Supports, LTSS</i>), así como otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención médica para ayudarle a gestionar todos sus proveedores, servicios y apoyo. Es un trabajo en equipo cuyo objetivo es brindarle la atención médica que usted necesita.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medi-Cal en IEHP DualChoice que recibo ahora? (continúa en la página siguiente)	Recibirá directamente de IEHP DualChoice la mayoría de sus beneficios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Trabjará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar qué servicios pueden satisfacer mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe ahora pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación por parte de su médico y el equipo para coordinar su atención médica. También puede obtener otros beneficios fuera de su plan de salud lo mismo que ahora, directamente de una agencia estatal o del condado, como los Servicios de Apoyo en el Hogar (<i>In-Home Supportive Services, IHSS</i>), los servicios especializados de salud mental y trastornos por abuso de sustancias o servicios del centro regional. Cuando se inscriba en IEHP DualChoice, usted y su equipo para coordinar su atención médica colaborarán juntos para desarrollar un plan de cuidado que aborde sus necesidades de salud y apoyo, y que asimismo encaje con sus preferencias y metas personales. Si está tomando algún medicamento de la Parte D de Medicare que IEHP DualChoice normalmente no cubre, puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a hacer la



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medi-Cal en IEHP DualChoice que recibo ahora? (continuación de la página anterior)	transición a otro medicamento o a 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 figuran al pie de este documento.
¿Puedo tener los mismos médicos que tengo ahora? (continúa en la página siguiente)	A menudo es así. Si sus proveedores (incluidos los médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con IEHP DualChoice y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir atendiéndose con ellos. • Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están “en la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Esto significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y brindan servicios que cubre nuestro plan. Usted debe usar los servicios de proveedores de la red de IEHP DualChoice. Si usa los servicios de proveedores o farmacias que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios o medicamentos. • Si necesita atención médica urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede usar los servicios de proveedores fuera del plan de IEHP DualChoice. Si actualmente está bajo tratamiento con un proveedor que no pertenece a la red de IEHP DualChoice, o tiene una relación ya establecida con un proveedor que está fuera de la red de IEHP DualChoice, llame a Servicios para Miembros a fin de saber cómo hacer la transición y pregunte por continuidad de la atención médica. • Es posible que pueda seguir viendo a los mismos médicos que tiene ahora por un cierto tiempo, si no están en nuestra red. Llamamos a esto la continuidad de la atención médica. Puede seguir con sus proveedores actuales y las autorizaciones de servicios en el momento de inscribirse durante un máximo de 12 meses. • IEHP puede determinar que usted tiene una relación existente con el proveedor.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo tener los mismos médicos que tengo ahora? (continuación de la página anterior)	• El proveedor debe estar dispuesto a tener un contrato con IEHP. • El proveedor cumple con los estándares profesionales pertinentes y no tiene problemas de calidad de la atención médica. Para averiguar si sus médicos están en la red del plan, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de página de este documento o lea el Directorio de Proveedores y Farmacias de IEHP DualChoice en el sitio web del plan en www.iehp.org. Si es un miembro reciente de IEHP DualChoice colaboraremos con usted para desarrollar un plan de cuidado que aborde sus necesidades.
¿Qué es un coordinador de atención médica de IEHP DualChoice?	Un coordinador de atención médica de IEHP DualChoice es la principal persona con la que usted puede comunicarse. Esta persona le ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios y a asegurarse de que usted reciba lo que necesita.
¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?	Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) prestan ayuda a las personas que necesitan asistencia para llevar a cabo tareas de la vida diaria, como bañarse/ducharse, usar el inodoro, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero también podrían proporcionarse en un centro de cuidados de enfermería 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 colaborarán con esta agencia.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Programa de Servicios Múltiples para Adultos Mayores (MSSP)?	Un Programa de Servicios Múltiples para Adultos Mayores (<i>Multipurpose Senior Services Program, MSSP</i>) proporciona coordinación continuada con proveedores de atención médica que excede lo que su plan de salud ya proporciona y que puede ponerle en contacto con otros servicios y recursos comunitarios necesarios. Este programa le ayuda a recibir servicios que contribuyen a que pueda llevar una vida independiente o con más autonomía en su propio hogar.
¿Qué ocurre si necesito un servicio que nadie ofrece en la red de IEHP DualChoice?	La mayoría de los servicios los proporcionarán nuestros proveedores de la red. Si necesita un servicio que no puede prestarse dentro de nuestra red, IEHP DualChoice pagará por el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible IEHP DualChoice?	El área de servicio para este plan incluye: Los condados de Riverside y San Bernardino, en California. Para inscribirse en el plan, usted debe vivir en una de estas áreas. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de este documento para obtener más información acerca de si este plan está disponible donde vive.
¿Qué es una Autorización previa?	Una autorización previa es una aprobación de IEHP DualChoice para localizar servicios fuera de nuestra red o para obtener servicios que no suelen estar cubiertos por nuestra red antes de recibir dichos servicios. IEHP DualChoice podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no recibe la aprobación. Si usted necesita atención urgente o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no es necesario obtener antes una autorización previa. IEHP DualChoice puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga una autorización previa de IEHP DualChoice antes de que se preste el servicio. Si tiene preguntas sobre si se requiere autorización previa para determinados servicios, procedimientos, artículos o medicamentos, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de este documento y así poder obtener ayuda.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una referencia?	Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario (<i>primary care provider, PCP</i>) debe dar su aprobación para recibir los servicios de alguien que no sea su PCP. Una referencia no es lo mismo que una autorización previa. Si no recibe una referencia de su PCP, IEHP DualChoice podría no cubrir los servicios. IEHP DualChoice puede proporcionarle una lista de servicios que requieren que usted obtenga una referencia por parte de su PCP antes de que se preste el servicio. Consulte el <i>Manual para Miembros</i> si desea tener más información sobre cuándo es necesario obtener una referencia de su PCP.
¿Tengo que pagar una cuota mensual (también llamada prima) con IEHP DualChoice?	No. Dado que usted ya tiene Medi-Cal, no tendrá que pagar ninguna prima mensual por su cobertura de salud, incluida su prima de la Parte B de Medicare.
¿Pagaré un deducible como miembro de IEHP DualChoice?	No. Usted no paga deducibles en IEHP DualChoice.
¿Cuál es la cantidad máxima de bolsillo que tendré que pagar por los servicios médicos como miembro de IEHP DualChoice?	No hay costos compartidos por servicios médicos en IEHP DualChoice, de modo que sus costos anuales de bolsillo serán de \$0.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

C. Lista de servicios cubiertos

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

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita atención hospitalaria (continúa en la página siguiente)	Hospitalizaciones	\$0	Es posible que se requiera autorización previa. Medicare cubre un período de 90 días por beneficio para hospitalizaciones cuando se consideran médicamente necesarias. Medi-Cal cubre días adicionales de estadías en el hospital cuando es médicamente necesario.
	Atención médica de un médico o un cirujano	\$0	Es posible que sea necesaria una autorización previa. Es posible que sea necesaria una referencia de su médico.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita atención hospitalaria (continuación de la página anterior)	Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio, incluido el tiempo en observación	\$0	Es posible que sea necesaria una autorización previa. Es posible que sea necesaria una referencia de su médico. No es necesario obtener una referencia ni una autorización previa para los servicios de observación.
	Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios (<i>Ambulatory surgical center, ASC</i>)	\$0	Es posible que sea necesaria una autorización previa. Es posible que sea necesaria una referencia de su médico.
Quiere ver a un médico	Visitas para el tratamiento de una lesión o enfermedad	\$0	
	Atención médica especializada	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico.
	Visitas de bienestar, como un examen de físico de rutina	\$0	
	Atención médica para evitar que se enferme, como recibir vacunas contra la gripe y hacerse pruebas de detección de cáncer	\$0	Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
	“Bienvenido a Medicare” (consulta preventiva de una sola vez)	\$0	Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.
Necesita atención de emergencia	Servicios en la Sala de Emergencias	\$0	Los servicios en las salas de emergencias se prestarán fuera de la red y sin autorización previa No está cubierto fuera de los EE.UU. Póngase en contacto con el Plan para más detalles.
	Atención médica urgente	\$0	Los servicios de urgencias se prestarán fuera de la red y sin autorización previa No está cubierto fuera de los EE.UU. Póngase en contacto con el Plan para más detalles.
Usted necesita hacerse exámenes médicos (continúa en la página siguiente)	Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de exploración por imágenes, como tomografía axial computarizada [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico.
	Exámenes de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios de audición/auditivos (continuación de la página anterior)	Exámenes de diagnóstico auditivos	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico. Exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.
	Audífonos	\$0	Es necesaria una autorización previa. Como Miembro de Medi-Cal, cubrimos los audífonos si: • Se le hace una prueba auditiva • Se le evalúa y/o hace un ajuste para audífonos (1 por año) • Los beneficios de los audífonos incluyen moldes, suministros para modificación y accesorios. La cobertura se limita al audífono de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita atención dental (continúa en la página siguiente)	Exámenes dentales y atención preventiva	\$0	Medi-Cal Dental cubre exámenes dentales y atención médica preventiva. Como Miembro de Medi-Cal, ciertos servicios dentales están a su disposición a través del programa Medi-Cal Dental. Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles a través de Medi-Cal Dental, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, llame al Centro de Servicios Telefónicos al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). Esta llamada es gratuita. Los representantes del programa de Medi-Cal Dental están a su disposición para asistirle de 8am-5pm, de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en smilecalifornia.org para obtener más información.
	Servicios de restauración dental y de emergencia	\$0	Medi-Cal Dental cubre los servicios de restauración dental y de emergencia. Como Miembro de Medi-Cal, ciertos servicios dentales están a su disposición a través del programa Medi-Cal Dental. Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles a través de Medi-Cal Dental, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, llame al Centro de Servicios Telefónicos al 1-800-322-6384 (los usuarios

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita atención dental (continuación de la página anterior)			de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). Esta llamada es gratuita. Los representantes del programa de Medi-Cal Dental están a su disposición para asistirle de 8am-5pm, de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en smilecalifornia.org para obtener más información. Los servicios dentales cubiertos por Medicare requieren autorización previa y una referencia de su médico.
Necesita cuidados de la vista (continúa en la página siguiente)	Exámenes de la vista	\$0	Nuestro plan cubre: • Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista/ojos (incluida la prueba de glaucoma anual). • Un examen de rutina cada año. Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	Medicare cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas que afecte una lente intraocular. Nuestro plan incluye los siguientes servicios complementarios de la vista:

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita cuidados de la vista (continuación de la página anterior)			• Un examen de rutina cada año • Hasta \$250 para monturas de anteojos y/o por lentes de contacto cada dos (2) años. Si sus anteojos cuestan más de \$250, usted paga por la diferencia. • Las lentes de sus anteojos están cubiertas sin costo alguno para usted cuando sean médicamente necesarias. Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico.
	Otros servicios del cuidado de la vista	\$0	Los dispositivos de baja visión están cubiertos conforme a las reglas del Programa Medi-Cal.
Necesita servicios de salud mental (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud mental	\$0	Medicare cubre la mayoría de los servicios de salud mental. Medi-Cal cubre los servicios especializados de salud mental del plan de salud conductual del condado que no estén cubiertos por Medicare.
	Atención a pacientes hospitalizados y ambulatorios y servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de salud mental	\$0	Es necesaria una autorización previa. Medicare cubre un período de 90 días por beneficio para hospitalizaciones cuando se consideran médicamente necesarias. Medi-Cal

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita servicios de salud mental (continuación de la página anterior)			cubre días adicionales de estadías en el hospital cuando es médicamente necesario. Nuestro plan cubre los servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico independiente durante los primeros 190 días. Cualquier tiempo adicional de servicios médicamente necesarios en este centro lo paga la agencia de salud mental local del condado. Medi-Cal cubre los servicios especializados de salud mental del plan de salud conductual del condado que no estén cubiertos por Medicare. También puede ser elegible para recibir servicios comunitarios bajo Medi-Cal. Pida más información a su coordinador de atención.
Necesita servicios para trastornos por abuso de sustancias (continúa en la página siguiente)	Servicios para trastornos por abuso de sustancias	\$0	Requiere autorización previa y una referencia de su médico. • Visita de terapia individual. • Visita de terapia de grupo. Los servicios para trastornos por abuso de sustancias a través de IEHP DualChoice incluyen: • Pruebas de Consumo de Alcohol y Drogas, Evaluación, Intervenciones Breves y Referencias a Tratamiento

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita servicios para trastornos por abuso de sustancias (continuación de la página anterior)			(<i>Alcohol and Drug Screening, Assessment, Brief Interventions and Referral to Treatment, SABIRT</i>). • Desintoxicación médica para pacientes hospitalizados, cuando sea médicamente necesario • Programas de tratamiento para el consumo de opioides Los servicios para trastornos por abuso de sustancias proporcionados por los Planes de Salud Mental del Condado incluyen: • Servicios de trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Servicios de tratamiento residencial • Tratamiento asistido por medicamentos Servicios para trastornos por abuso de sustancias del plan de salud mental del condado: • Riverside: 1-800-499-3008 • San Bernardino: 1-800-968-2636

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita un lugar donde vivir con personas que puedan ayudarle	Cuidados de enfermería especializada	\$0	Medicare cubre hasta 100 días de atención médica en un centro de enfermería especializada cuando es médicamente necesario para cada período de beneficios. Medi-Cal cubre días adicionales en un centro de enfermería especializada cuando es médicamente necesario. Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico.
	Centro de cuidados para adultos mayores	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico.
	Cuidado temporal de adultos y cuidado temporal de grupo de adultos	\$0	
Necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente (continúa en la página siguiente)	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico. Servicios de terapia ocupacional que no son de Medicare: • Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional para los afiliados a CBAS • El beneficiario debe cumplir con los criterios de elegibilidad.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente (continuación de la página anterior)			El beneficiario debe ser mayor de 18 años de edad y cumplir con el nivel de atención médica de los centros de enfermería.
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud (continúa en la página siguiente)	Servicios de ambulancia	\$0	Transporte en ambulancia que no es de emergencia.
	Transporte de emergencia	\$0	
	Transporte a citas y servicios médicos	\$0	El transporte no médico y el transporte médico que no es de emergencia incluyen el transporte de ida y vuelta a lugares aprobados por el plan. El transporte no médico permite el transporte a servicios médicos en un vehículo de pasajeros, taxi o medios de transporte público/privado provisto por personas no inscritas como



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud (continuación de la página anterior)			proveedores de Medi-Cal. El transporte no médico no incluye el transporte de miembros enfermos, lesionados, inválidos, convalecientes, débiles o incapacitados por ambulancia, vehículos con camilla o vehículos para silla de ruedas. El transporte médico que no es de emergencia está sujeto a autorización previa. Los miembros que no pueden de manera razonable deambular, caminar o estar de pie sin asistencia pueden ser elegibles para recibir servicios de ambulancia no de emergencia, vehículo con camilla, vehículo para silla de ruedas o transporte aéreo. Este tipo de transporte debe recetarlo por escrito un proveedor médico. El plan garantizará el cumplimiento de las disposiciones de la Garantía de Transporte de Medicaid en el Código de Reglamentos Federal (42 CFR 431.53, 440.170) para prestar el transporte necesario a los beneficiarios desde y hacia los proveedores.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	\$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos que le entrega su médico en el consultorio, algunos medicamentos por vía oral para el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea el <i>Manual para Miembros</i>. Es posible que sea necesaria una autorización previa.
	Medicamentos de la Parte B de Medicare Medicamentos genéricos y medicamentos de marca	\$0 para un suministro de 31 días.	Es posible que haya limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</i> de IEHP DualChoice. Los suministros prolongados de 100 días están disponibles en las farmacias de la red de venta al por menor o por correo. Los suministros prolongados de 100 días también tienen un copago de \$0.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)	Beneficio de medicamentos de venta libre o sin receta (<i>Over-the-counter, OTC</i>)	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</i> de IEHP DualChoice. Nuestro Plan ofrece un beneficio suplementario que proporciona un subsidio de pago para la compra de ciertos artículos de venta libre o sin receta (OTC). Se proporciona un subsidio de pago trimestral de 40 dólares. Las cantidades que no se utilizan no se transfieren al siguiente trimestre. Para obtener más información sobre este beneficio, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al número que figura al pie de esta página. Además, también tiene beneficios de OTC de Medi-Cal. Para obtener más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para mejorarse o tiene necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	\$0	Es necesaria una autorización previa.
	Equipo médico para cuidados en casa	\$0	Es necesaria una autorización previa.
	Servicios de diálisis	\$0	
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico. Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daños nerviosos (neuropatía) relacionados con la diabetes y se cumplen ciertas condiciones.
	Servicios ortopédicos	\$0	Es necesaria una autorización previa.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Equipo médico duradero (DME): Nota: Esta no es una lista completa del equipo médico duradero (<i>durable medical equipment, DME</i>) cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicios para Miembros o consulte el Capítulo 4 del <i>Manual para Miembros</i>.	Silla de ruedas, muletas y andadores	\$0	Es necesaria una autorización previa.
	Nebulizadores	\$0	Es necesaria una autorización previa.
	Equipos y suministros de oxigenoterapia	\$0	Es necesaria una autorización previa.
Necesita ayuda para vivir en casa (continúa en la página siguiente)	Servicios de asistencia médica a domicilio	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico. No es necesaria ninguna exención.
	Servicios a domicilio, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar como instalación de barras de agarre	\$0	Es necesaria una autorización previa. Servicios de cuidado personal y tareas domésticas. Personas con riesgo de hospitalización o institucionalización en un



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continuación en la página siguiente)			centro de enfermería o personas con déficits funcionales y sin otro sistema de apoyo adecuado. Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar los servicios IHSS a domicilio con la agencia de servicios sociales de su condado. El programa de IHSS ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. IHSS se considera una alternativa a los servicios de atención médica fuera del hogar, como centros de cuidados para adultos mayores o centros de alojamiento y atención médica. Los tipos de servicios que pueden autorizarse a través de IHSS son la limpieza del hogar, la preparación de comidas, hacer la colada, la compra de alimentos, los servicios de cuidado personal y aseo (como las evacuaciones intestinales y de la vejiga, bañar, aseo y servicios paramédicos), el acompañamiento a citas médicas y la supervisión protectora para personas con discapacidades mentales. Su coordinador de atención médica también puede ayudarle a recibir los siguientes servicios de apoyo comunitario, si cumple los criterios de

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa			elegibilidad: servicios de búsqueda para la transición a viviendas, depósitos de vivienda, servicios de alquiler y retención de la vivienda, vivienda a corto plazo posterior a la hospitalización, cuidados de recuperación, servicios de relevo del cuidador, programas de habilitación de día, transición/derivación de centros de enfermería a centros de vida asistida, servicios de transición comunitaria/transición de centros de enfermería a un domicilio, cuidado/aseo personal y servicios domésticos, adaptaciones de accesibilidad en el hogar, alimentos/comidas médicamente adaptadas, centros de sobriedad y eliminación de desencadenantes del asma. Para ser elegible debe vivir en el área de servicio de un sitio, ser capaz de ser atendido dentro de las limitaciones de costos del MSSP, poder recibir los servicios de coordinación de atención médica, reunir actualmente los requisitos para Medi-Cal, y estar certificado o poder recibir certificación para que lo admitan en un centro de enfermería.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud diurnos para adultos, Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (<i>Community Based Adult Services, CBAS</i>) u otros servicios de apoyo	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en el hospital si es médicamente necesario. Es necesaria una referencia para que los pacientes ambulatorios reciban servicios hospitalarios. CBAS es un programa de servicios basados en centros, para pacientes ambulatorios, donde las personas asisten conforme a un horario programado. Brinda cuidados de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluidas la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla), cuidado personal, capacitación y apoyo para familias/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagaremos los CBAS si se cumplen los criterios de elegibilidad. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continuación de la página anterior)	Servicios de habilitación durante el día	\$0	Es necesaria una autorización previa. La habilitación durante el día es para personas sin hogar y con vivienda subvencionada en los últimos 24 meses, así como personas en peligro de perder su vivienda o de ser institucionalizadas y cuya estabilidad de vivienda podría mejorarse mediante la participación en un programa de habilitación de día.
	Servicios para ayudarle a vivir solo (servicios de atención médica a domicilio o servicios de asistencia de cuidado personal)	\$0	Los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) pagarán los servicios de los cuidadores para que usted pueda permanecer a salvo en su propio hogar. Para ser elegible, usted vive en su domicilio o un domicilio elegido por usted, tiene una limitación física o cognitiva de 12 meses o más y presenta un formulario cumplimentado de Certificación de Atención Médica. Para obtener más información sobre IHSS, consulte la sección D.
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	\$0	Es necesaria una autorización previa. Es necesaria una referencia de su médico. Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay desplazamiento de una o más vértebras)

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	
	Servicios protésicos	\$0	Es necesaria una autorización previa.
	Radioterapia	\$0	Es necesaria una autorización previa.
	Servicios para ayudarlo a controlar su enfermedad	\$0	
	Coordinación de Atención Médica Integrada de California (<i>California Integrated Care Management, CICM</i>)	\$0	La CICM brinda coordinación adicional de atención médica integrada a poblaciones vulnerables específicas, además de la coordinación de atención médica que se brinda a todos los Miembros. Para ser elegible a la CICM, usted debe pertenecer a una de las siguientes poblaciones y cumplir con todos los criterios. • Experimentar la falta de vivienda • Estar en peligro evitable de ser admitido en un hospital o una sala de emergencias • Tener necesidades debido a una enfermedad mental grave o trastorno por abuso de sustancias (<i>substance-use disorder, SUD</i>)



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

Necesidad o inquietudes de salud	Servicios que pueda necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones, e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación de la página anterior)			• Transición del encarcelamiento a la comunidad • En riesgo de ser admitido en un centro de cuidados a largo plazo (<i>Long-Term-Care, LTC</i>) • Transición de un Centro de Enfermería a la comunidad • Tener una demencia documentada • Durante el embarazo/posparto y si experimenta desigualdades raciales/étnicas definidas por el estado Para obtener más información sobre la elegibilidad y la inscripción en la CICM, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al número que figura al pie de esta página.

El resumen de beneficios anterior se proporciona con fines informativos únicamente y no constituye 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 figuran en el pie de página de este documento para obtener uno. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para Miembros o visitar www.iehp.org.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

D. Beneficios cubiertos fuera de IEHP DualChoice

Hay algunos servicios que usted puede obtener que no están cubiertos por IEHP DualChoice pero que si lo están con 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 figuran al pie de este documento para obtener más información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una Agencia estatal	Sus costos
Programa de Servicios Múltiples para Adultos Mayores (MSSP)	Con cobertura de pago por servicio bajo Medi-Cal. Por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.
Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) Condado de Riverside: 1-888-960-4477 De lunes-viernes de 7:30am-5:30pm Condado de San Bernardino: 1-877-800-4544 De lunes-viernes de 8am-5pm	\$0



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una Agencia estatal	Sus costos
Ciertos servicios dentales La información de contacto del miembro de Atención Dental Coordinada (<i>Dental Managed Care, Dental MC</i>) puede encontrarse en www.dental.dhcs.ca.gov/Contact_Us/DMC_Member_Contact_Information/DMCMemberContactInformation. Para obtener el Pago por Servicio Dental de Medi-Cal, llame a Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 o visite el sitio web en www.smilecalifornia.org o www.sonriecalifornia.org.	\$0
Ciertos servicios de atención médica para enfermos terminales/cuidados paliativos cubiertos fuera de IEHP DualChoice	\$0
Rehabilitación psicosocial	\$0
Coordinación de casos específicos	\$0
Alojamiento y comida en residencias de adultos mayores	\$0
California Community Transitions (CCT) Antes de la transición	\$0



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

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 del pie de página de este documento para averiguar sobre otros servicios excluidos.

Servicios que IEHP DualChoice, Medicare y Medi-Cal no cubren	
Los servicios considerados como “no razonables y médicamente necesarios” según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que los enumeremos como servicios cubiertos.	
Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan.	
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, capacidad sexual, rendimiento deportivo, procedimientos cosméticos, antienvjecimiento y capacidad mental), salvo cuando sean médicamente necesarios.	
La cirugía plástica u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios a consecuencia de un accidente o para mejorar una malformación (cirugía reconstructiva). Sin embargo, pagaremos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que tengan la misma apariencia.	
Artículos personales: Artículos y servicios destinados a la comodidad o bienestar personal, como televisión, membresías de gimnasios o artículos similares.	
Equipo médico para disfunción eréctil.	



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de IEHP, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Puede ejercer estos derechos sin ser sancionado. También puede beneficiarse de estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le informaremos sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información acerca de sus derechos, lea el *Manual para Miembros*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho al respeto, la equidad y la dignidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Obtener servicios cubiertos sin tener que preocuparse de enfermedades o su estado de salud general, recibir servicios médicos, presentar reclamaciones, acceder a sus expedientes médicos/historial, tener discapacidades (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo, orientación sexual, nacionalidad de origen, raza, color, religión, credo o necesidad de asistencia pública
 - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) de forma gratuita
 - Estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre su atención médica.** Incluida la información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que usted pueda entender. También comprende el derecho a obtener información acerca de lo siguiente:
 - Descripción de los servicios que cubrimos
 - Cómo obtener servicios
 - Cuánto le costarán los servicios
 - Nombre de los proveedores de atención médica
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento médico** Incluido el derecho a:
 - Elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) y cambiar de PCP en cualquier momento del año
 - Obtener servicios de un proveedor de salud de la mujer sin una referencia
 - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez
 - Estar informado de todas las opciones de tratamiento, independientemente del costo o de si están cubiertas
 - Negarse a recibir tratamiento, incluso si su proveedor de atención médica lo aconseja



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

- Dejar de tomar medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica lo aconseja
- Pedir una segunda opinión. IEHP DualChoice pagará por la visita de su segunda opinión
- Comunicar sus deseos de atención médica en una instrucción anticipada
- **Usted tiene derecho a recibir atención oportunamente sin barreras lingüísticas o de acceso físico.** Incluido el derecho a:
 - Recibir atención médica oportunamente
 - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Lo que significa un acceso sin impedimentos para las personas con discapacidades, conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
 - Tener intérpretes que le ayuden en la comunicación con sus proveedores de atención médica y su plan de salud
- **Tiene derecho a solicitar atención médica urgente y de emergencias cuando la necesite.** Lo cual significa que tiene derecho a lo siguiente:
 - Obtener servicios de emergencia sin una autorización previa en caso de una emergencia
 - Ir a un proveedor de atención médica urgente o de emergencias, aunque no sea de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Incluido el derecho a:
 - Solicitar y obtener una copia comprensible de sus expedientes médicos y solicitar que los cambien o los corrijan
 - Mantener en privado su información médica personal
- **Usted tiene derecho a presentar una queja o apelación de un servicio denegado, con demora o modificado. Consulte la sección G que figura a continuación.** Incluido el derecho a:
 - Presentar una queja o queja formal contra nosotros o nuestros proveedores
 - Apelar ciertas decisiones por parte nuestra o de nuestros proveedores
 - Presentar una queja ante el Departamento de Administración de Servicios Médicos (DMHC) de California a través del número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) o la línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del DMHC (www.dmhc.ca.gov/) tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente/Imparcial (*Independent Medical Review, IMR*) e instrucciones disponibles en línea.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

- Solicitar al DMHC una IMR de servicios o artículos de Medi-Cal que sean de carácter médico
- Solicitar una Audiencia estatal
- Obtener una descripción detallada de las razones por las que se denegaron los servicios y solicitar copias gratuitas de toda la información en la que se basó la toma de decisión

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual para Miembros*. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice a los números que figuran al pie de este documento.

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

G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado, con demora o modificado

Si tiene una queja o cree que IEHP DualChoice denegó, demoró o modificó indebidamente un servicio, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de este documento. También puede presentar una queja por escrito a IEHP DualChoice, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800. Quizás usted pueda apelar nuestra decisión.

Para 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 figuran al pie de este documento.

Por fax seguro: 1-909-890-5877

Por correo postal: IEHP DualChoice

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Por correo electrónico: MemberServices@iehp.org

Sitio web: www.iehp.org



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita.

Para más información, visite www.iehp.org.

Departamento de Administración de Servicios Médicos (DMHC)

Llame al: **1-888-466-2219**

TTY: **1-877-688-9891**

Sitio web: <http://www.dmhc.ca.gov>

Ayuda del Departamento de Administración de Servicios Médicos de California

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si tiene una queja formal contra su plan de servicios médicos, en primera instancia, debe comunicarse por teléfono con su plan al **1-877-273-IEHP (4347)** y usar el proceso de queja formal de su plan médico antes de comunicarse con el departamento. Usar este procedimiento de queja formal no anula ningún posible derecho ni remediación legales que podría tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal por una emergencia, con una queja formal que su plan médico no ha resuelto de forma satisfactoria o con una queja formal que continúa sin resolver después de 30 días, puede llamar al departamento para pedir asistencia. También podría cumplir los requisitos para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review*, IMR). Si usted califica para una IMR, recibirá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por su plan médico en cuanto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o en etapa de investigación, y disputas por el pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita, **1-888-466-2219**, y una línea TDD, **1-877-688-9891**, para quienes tienen problemas de audición y habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, encontrará formularios de reclamos, formularios para solicitud de una IMR e instrucciones.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. Para más información, visite www.iehp.org.

H. Qué hacer si existe sospecha de fraude

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

Si cree que un médico, hospital o una farmacia está haciendo algo mal, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. Los números de teléfono son los números que figuran al pie de este documento.
- O bien, 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 bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números.



Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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. Esta llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturas o tarjetas de identificación para miembros, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.



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. Servicios para Miembros de IEHP DualChoice también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para quienes no hablan inglés.



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.



(909) 890-5877



IEHP DualChoice

P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800



memberservices@iehp.org



iehp.org

Si tiene preguntas sobre su salud: Llame a su proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP). Siga las instrucciones de su PCP para recibir atención cuando el consultorio esté cerrado.

Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería de IEHP. El personal de enfermería escuchará su situación y le indicará cómo obtener atención médica (p. ej., cuidado de urgencia, sala de emergencias).

Los números para la Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de IEHP son: **1-888-244-IEHP (4347)** o **TTY 711**. Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. IEHP DualChoice también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para quienes no hablan inglés.

