



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

## Derechos y responsabilidades de los miembros

### SECCIÓN 1: NUESTRO PLAN DEBE RESPETAR SUS DERECHOS COMO MIEMBRO DEL PLAN

**Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).**

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al 1-800-838-8271 de lunes a domingo de 6:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre.

Estos derechos y responsabilidades son para todos los miembros, independientemente de su raza, sexo, cultura y antecedentes económicos, educativos o religiosos. Consulte el Capítulo 8: Derechos y responsabilidades, que se encuentra presente en su Evidencia de Cobertura.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, por favor, llámenos al 1-800-838-8271 para presentar una queja ante el Departamento de Membresía. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para presentar una queja ante Medicare o puede presentar su queja directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en la Evidencia de Cobertura o en este envío por correo. También puede comunicarse con el *Departamento de Membresía* al número mencionado anteriormente para obtener información adicional.

**Sección 1.2 – Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red del plan que provea y coordine los servicios cubiertos. Encontrará una mayor explicación sobre este tema en el Capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Comuníquese con el Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1 para obtener más información sobre qué médicos se encuentran aceptando pacientes nuevos. También tiene derecho a consultar con un(a) especialista en salud de la mujer (tal como un(a) ginecólogo(a) sin necesidad de una remisión.



## IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden dentro *de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados o a reponerlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) le explica lo que puede hacer. Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 de su EOC le explica lo que puede hacer.

### **Sección 1.3 - Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud.

### **¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentos federales.



## IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

### **Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros**

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1.

### **Sección 1.4 - Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos**

Como miembro de Imperial Health Plan of California, Inc., usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. Tal como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del inglés y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos.

Por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1 si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones realizadas por los miembros y las Calificaciones por estrellas del plan, que incluyen la manera como los miembros del plan lo han calificado y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores y farmacias que se encuentran en la red del plan, consulte el directorio de proveedores / farmacias que se le envió al momento de su inscripción y que está también disponible en nuestro sitio web en [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com). Para obtener una información detallada acerca de los



## IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

proveedores y farmacias, se puede comunicar también con el Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de su EOC, explicamos qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
  - Para obtener más detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de su EOC y la Lista de medicamentos cubiertos (formulario). Estos capítulos, junto con la Lista de medicamentos cubiertos (formulario), le indican qué medicamentos están cubiertos y le explican las normas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene alguna pregunta sobre las normas o restricciones, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1.
  
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho(a) o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de su EOC. Este capítulo le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si usted quiere que cambiemos nuestra decisión. El Capítulo 9 de su EOC también le explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes.
  - Si desea solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de su EOC.

### **Sección 1.5 - Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**

#### **Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de



## IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

atención de salud cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que le informen acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. Consulte el Capítulo 9 de su EOC donde se le explica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

### **Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, si así lo desea, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.



## IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**”, son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que puede hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea brindar instrucciones anticipadas, usted puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. En ciertas ocasiones, usted puede obtener los formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. Usted también puede comunicarse con el Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1 para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo(a) ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted es hospitalizado(a), se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). De conformidad con la ley, nadie puede negarle la atención o discriminarlo(a) por haber firmado o no una instrucción anticipada.

### **¿Qué ocurre si sus instrucciones no se cumplen?**

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no cumplió con las instrucciones presentes en dicho documento, usted puede presentar una queja ante el estado en el que reside.



## IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

### **Sección 1.6 - Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado**

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de su EOC le explica lo que puede hacer. Este capítulo proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1.

### **Sección 1.7 - ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado(a) injustamente o que sus derechos no están siendo respetados?**

#### **Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

#### **¿Se trata de algo diferente?**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando de las siguientes maneras:

- Puede **llamar a nuestro Departamento de Membresía** al número mencionado anteriormente en la sección 1.1.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud** (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2 de su EOC.
- O puede **llamar a Medicare** 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.



## IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

### Sección 1.8 - Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a nuestro Departamento de Membresía** al número mencionado anteriormente en la sección 1.1.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2 de su EOC.
- Puede contactarse con **Medicare**:
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>)
  - O puede llamar 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.

## SECCIÓN 2 USTED TIENE ALGUNAS RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DEL PLAN

### Sección 2.1 – ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se menciona a continuación. Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1. Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice la EOC que se le envió por correo cuando se inscribió en el plan para obtener más información sobre aquello que está cubierto y las reglas que necesita cumplir para obtener los servicios cubiertos. La EOC también está publicada en nuestro sitio web en [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com).
  - Los Capítulos 3 y 4 de la EOC proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido aquello que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben seguir y lo que usted tiene que pagar.
  - Los Capítulos 5 y 6 de la EOC proporcionan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.





IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, usted está obligado(a) a informarnoslo.** Por favor, comuníquese con el Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1 para hacérselo saber.
  - Estamos obligados a cumplir con las reglas que Medicare ha establecido para garantizar que usted esté utilizando toda su cobertura en conjunto cuando obtenga los servicios que usted tiene cubiertos por nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque involucra la coordinación de los beneficios de salud y de medicamentos que usted obtiene de nuestro plan junto con cualquier otro beneficio de salud o de medicamentos que usted tiene a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1 de su EOC.)
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D. Su tarjeta de identificación de miembro se le envió junto con la EOC cuando se inscribió en el plan.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden proporcionándoles información, haciendo preguntas y cumpliendo con su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporciónese la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado(a).** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan



## IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para continuar siendo miembros del plan.

- Para la mayoría de los servicios médicos y medicamentos que el plan cubre, usted debe pagar la parte del costo que le corresponde cuando recibe el servicio o medicamento. Esta parte del costo será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 de su EOC le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 de la EOC le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Si obtiene algún servicio médico o medicamento que no cubre nuestro plan u otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo total.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de su EOC para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si está obligado(a) a pagar una multa por inscripción tardía, usted debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
- Si está obligado(a) a pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a nuestro Departamento de Membresía al número mencionado anteriormente en la sección 1.1.
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** El Capítulo 1 de su EOC informa sobre nuestra área de servicio. Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare que esté disponible en su nueva área. Podemos decirle si contamos con algún plan en su nueva área.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igual debemos saberlo para** poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que lo informe al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2 de su EOC.
- **Llame al Departamento de Membresía para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.



**IMPERIAL HEALTH PLAN**  
OF CALIFORNIA

- Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar al Departamento de Membresía se mencionan anteriormente en la sección 1.1.
- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, por favor consulte el Capítulo 2 de su EOC.