



## **PLAN INDIVIDUAL DE BENEFICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS ESENCIALES DE CALIFORNIA, DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC) Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN**

**[Health Plan]** es su **Plan de Salud Calificado (QHP)**. **[Health Plan]** organiza su cobertura de **Beneficio dental pediátrico esencial** proporcionada por Liberty Dental Plan of California.

**Disponibilidad de asistencia de idiomas:** Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para los miembros con dominio limitado del inglés, incluida la traducción de documentos a ciertos idiomas clave sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Asegúrese de avisarle a su dentista de atención primaria o dentista especializado sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

### **Spanish (Español)**

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer este aviso? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba este aviso escrito en su propio idioma sin costo alguno. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

En lo sucesivo en este documento, Liberty Dental Plan of California, Inc. se denominará "Liberty" o "el Plan." [HEALTH PLAN] puede denominarse como "[HEALTH PLAN's ACRONYM]".

**Este DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN es solo un resumen del plan dental. Debe consultar el contrato del plan dental para determinar los términos y condiciones de cobertura exactos. Una copia del contrato del plan dental está disponible a solicitud.**

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LIBERTY PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS Y DENTALES ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE PROPORCIONARÁ A SOLICITUD SIN COSTO ALGUNO.

**La Sección I** de este documento contiene una Lista de Beneficios como referencia general y para la comparación de sus beneficios bajo este plan, seguido por un resumen de los beneficios de su plan dental.

**La Sección II** de este documento contiene definiciones de los términos utilizados en este documento.

# ÍNDICE

|                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. INFORMACIÓN GENERAL.....</b>                                                        | <b>5</b>  |
| <b>II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES EN ESTE DOCUMENTO .....</b>                        | <b>11</b> |
| <b>III. ACCESO A SERVICIOS - CONSULTAS CON UN DENTISTA O DENTISTA ESPECIALIZADO .....</b> | <b>15</b> |
| A. CONSULTORIOS DENTALES.....                                                             | 15        |
| B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL.....                                                         | 16        |
| C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES.....                                                           | 16        |
| D. TELEODONTOLOGÍA.....                                                                   | 17        |
| E. ATENCIÓN DE URGENCIA .....                                                             | 17        |
| F. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA .....                                                    | 18        |
| G. SEGUNDA OPINIÓN .....                                                                  | 20        |
| H. DERIVACIÓN A UN DENTISTA ESPECIALIZADO.....                                            | 20        |
| I. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS.....                                                         | 21        |
| J. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.....                                                        | 22        |
| <b>IV. CUOTAS Y CARGOS - LO QUE USTED PAGA.....</b>                                       | <b>23</b> |
| A. PRIMAS Y CUOTAS DE PRE-PAGO .....                                                      | 23        |
| B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS .....                                           | 23        |
| C. SALDO ACUMULADO DEL DEDUCIBLE Y DEL GASTO DE BOLSILLO .....                            | 23        |
| D. OTROS CARGOS .....                                                                     | 23        |
| E. RESPONSABILIDAD DE PAGO .....                                                          | 24        |
| F. REEMBOLSO DE PROVEEDORES.....                                                          | 25        |
| <b>V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....</b>                                                 | <b>26</b> |
| A. QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE.....                                                           | 26        |
| B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS .....                                        | 26        |
| <b>VI. SERVICIOS CUBIERTOS.....</b>                                                       | <b>26</b> |
| A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO .....                                                | 26        |
| B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS .....                                                   | 26        |
| C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN.....                                                | 27        |
| D. SERVICIOS DE ENDODONCIA .....                                                          | 27        |
| E. SERVICIOS PERIODONTALES.....                                                           | 27        |
| F. SERVICIOS DE PROSTODONCIA.....                                                         | 27        |
| G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL.....                                                         | 27        |
| H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS .....                                               | 27        |
| I. SERVICIOS DE ORTODONCIA .....                                                          | 27        |
| <b>VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES.....</b>                     | <b>27</b> |
| A. EXCLUSIONES GENERALES.....                                                             | 28        |
| B. CITAS PERDIDAS .....                                                                   | 28        |
| <b>VIII. TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA .....</b>                   | <b>29</b> |

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

|             |                                                              |           |
|-------------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| A.          | TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS .....                          | 29        |
| B.          | FECHA EFECTIVA DE LA TERMINACIÓN.....                        | 30        |
| C.          | DESAFILIACIÓN .....                                          | 31        |
| D.          | RESCISIÓN .....                                              | 31        |
| <b>IX.</b>  | <b>RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA .....</b>    | <b>31</b> |
| <b>X.</b>   | <b>PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES .....</b> | <b>32</b> |
| A.          | PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL.....                              | 32        |
| B.          | QUEJAS FORMALES Y APELACIONES URGENTES (ACELERADAS) .....    | 34        |
| C.          | SU DERECHO A PRESENTAR UNA APELACIÓN:.....                   | 35        |
| D.          | MEDIACIÓN.....                                               | 36        |
| E.          | REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR) .....                    | 36        |
| F.          | ARBITRAJE.....                                               | 37        |
| <b>XI.</b>  | <b>OTRAS DISPOSICIONES.....</b>                              | <b>38</b> |
| A.          | COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....                              | 38        |
| B.          | RESPONSABILIDAD DE TERCEROS .....                            | 38        |
| C.          | COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA .....                             | 38        |
| D.          | COMUNICACIONES CONFIDENCIALES.....                           | 39        |
| E.          | NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN.....                       | 40        |
| F.          | DONACIÓN DE ÓRGANOS .....                                    | 45        |
| <b>XII.</b> | <b>PLAN DE CUMPLIMIENTO.....</b>                             | <b>45</b> |
| A.          | OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO .....                      | 45        |
| B.          | DEFINICIONES.....                                            | 46        |
| C.          | POLÍTICA.....                                                | 46        |
| D.          | REPORTE DE POSIBLES FRAUDES.....                             | 46        |

## **Comunicaciones confidenciales**

La ley de California establece que usted puede solicitar comunicaciones confidenciales con respecto a la recepción de servicios delicados. Estos tipos de servicios pueden incluir:

- Facturas e intentos de cobro
- Un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios
- Un Aviso de Explicación de Beneficios
- La solicitud de un plan para información adicional con respecto a un reclamo
- Un aviso de un reclamo impugnado
- El nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios recibidos y otra información relacionada con una consulta
- Cualquier comunicación verbal, escrita o electrónica del Plan que contenga información médica protegida

Para solicitar comunicaciones confidenciales de [Liberty] para cualquiera de los servicios enumerados anteriormente, llame a Servicios para Miembros o puede enviar una solicitud por escrito por correo o fax a cualquiera de los siguientes:

- En línea: [En el sitio web de Liberty en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)]
- Por correo: [Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110]
- Por fax: [(877) 831-6019]
- Por teléfono: Departamento de Servicios para Miembros de [Liberty] al [888-703-6999]
- Por TDD/TTY: [877-855-8039]

## I. INFORMACIÓN GENERAL

ESTA LISTA DE BENEFICIOS HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. EL DOCUMENTO COMBINADO DE EOC Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN, ASÍ COMO EL CONTRATO DEL PLAN, DEBEN REVISARSE PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES.

| [Matriz de beneficios del Plan Dental HMO para Niños de Liberty Dental Plan]                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>(A) Deducibles</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ninguno. Solo plan de cobertura mínima: el deducible del plan dental HMO de sus hijos se integrará con el deducible de su plan médico. Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el deducible integrado, es posible que deba realizar un copago por cada procedimiento, tal como se muestra en la Descripción de Beneficios y Copagos. El deducible integrado no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>(B) Límites máximo de por vida</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>(C) Máximo gasto de bolsillo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | El máximo gasto de bolsillo del plan dental HMO de sus hijos se integrará con el máximo gasto de bolsillo de su plan médico. Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el máximo gasto de bolsillo integrado, todos los procedimientos dentales cubiertos adicionales serán pagados por Liberty. Los cargos por servicios opcionales, no cubiertos o con materiales mejorados no se incluyen en el cálculo del máximo gasto de bolsillo integrado. Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el máximo gasto de bolsillo de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>(D) Servicios profesionales</b><br><br><b>*Nota:</b> Algunos servicios pueden no estar cubiertos. Ciertos servicios pueden estar cubiertos solo si los proporciona un dentista especializado, o pueden estar sujetos a cargos adicionales. Se aplican limitaciones a la frecuencia con la que se pueden | <p>A un afiliado se le puede requerir que realice un copago por cada procedimiento, como se muestra en la Descripción de Beneficios y copagos, sujetos a las Limitaciones y Exclusiones.</p> <p>Los Copagos varían según la categoría del servicio. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [Servicios de diagnóstico .....Sin costo]</li> <li>• [Servicios preventivos .....Sin costo]</li> <li>• [Servicios de restauración..... Sin costo - \$350.00]</li> <li>• [Servicios de endodoncia.....Sin costo - \$350.00]</li> <li>• [Servicios periodónticos .....Sin costo - \$350.00]</li> <li>• [Servicios de prostodoncia ..... Sin costo - \$350.00]</li> <li>• [*Servicios de implantes ..... Sin costo - \$350.00]</li> <li>• [Cirugía oral y maxilofacial .....Sin costo - \$350.00]</li> <li>• [*Servicios de ortodoncia .....Sin costo - \$1,000.00]</li> </ul> |

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

|                                                |                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| obtener algunos servicios.                     |                                                                                                                 |
| <b>(E) Servicios ambulatorios</b>              | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(F) Servicios de hospitalización</b>        | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(G) Cobertura dental de emergencia</b>      | El miembro puede recibir un beneficio máximo de hasta \$75 por año para servicios de emergencia fuera del área. |
| <b>(H) Servicios de ambulancia</b>             | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(I) Servicios de medicamentos recetados</b> | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(J) Equipo médico duradero</b>              | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(K) Servicios de salud mental</b>           | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(L) Servicios de dependencia química</b>    | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(M) Servicios de salud a domicilio</b>      | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(N) Otro</b>                                | Sin cobertura                                                                                                   |

Cada categoría y procedimiento dental individual mencionado anteriormente, que está cubierto por el programa, tiene un copago específico que se muestra en la Lista de Beneficios [(Anexo I)] de esta Evidencia de Cobertura combinada.

Una copia de su Evidencia de Cobertura (EOC) combinada estará disponible anualmente o previa solicitud e incluirá cualquier cambio sobre sus beneficios dentales o las políticas públicas de los afiliados de Liberty.

**[Cuando se requiera, la Lista de Beneficios se adjunta como Anexo 1]**

## RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

### A. CÓMO USAR SU PLAN DENTAL DE LIBERTY

Este manual es su Evidencia de Cobertura (EOC). Explica qué servicios Liberty cubre y no cubre. También lea la Lista de Beneficios, que enumera los servicios dentales, los copagos y otras cuotas. Esta EOC representa los beneficios cubiertos del Plan Dental HMO para Niños como parte de su Plan de Salud, según lo dispuesto por [HEALTH PLAN]. Para tener derecho a esta cobertura, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad como se indica en este documento.

### B. CÓMO CONTACTAR A LIBERTY

Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con nosotros en línea, enviándonos un correo o llamándonos. [También puede descargar nuestra aplicación móvil Liberty Dental en su Smartphone.]

El Departamento de Servicios para Miembros de [Liberty] proporciona apoyo de atención al cliente gratuito de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., en días hábiles normales, para asistir a los miembros con preguntas sencillas y resolución de problemas. Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden utilizar la línea gratuita 711 de Servicio de Retransmisión de California para comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada.

| Información de contacto importante de Liberty                    |                                                  |                                                                                                     |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Horario:</b><br>Lunes a viernes<br>8:00 a. m. a<br>5:00 p. m. | <b>Sitio web:</b><br>[www.libertydentalplan.com] | <b>Dirección postal:</b><br>Liberty Dental Plan,<br>[P.O. Box 26110<br>Santa Ana, CA<br>92799-6110] | <b>Servicios para Miembros:</b><br>[888-703-6999]<br>TTY: [877-855-8039] |

### C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

Liberty tiene un área de servicio que es el estado de California. Esta es el área donde Liberty ofrece cobertura dental. Debe vivir, trabajar y recibir todos los servicios dentales en California, a menos que necesite atención de emergencia o atención de urgencia. Si se muda fuera de California, debe informar a Liberty. El área de servicio del plan de beneficios dentales de **[Health Plan] corresponde a la región [RATING REGION NUMBER] de Covered California, en el/los condado(s) de [NAME OF COUNTY].**

### D. RED DE LIBERTY

Nuestra red incluye dentistas generales y dentistas especializados que Liberty ha contratado para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Para usar sus beneficios, los servicios cubiertos deben ser realizados por su dentista de atención primaria (PCD) u otros proveedores de la red.

Para obtener una copia de su Directorio de proveedores de Liberty, visite nuestro sitio web en [[www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)], [puede descargar y usar nuestra aplicación móvil en su Smartphone], o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Si acude a un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar todos los costos, a menos que haya recibido una aprobación previa por parte de Liberty o en caso requiera atención de emergencia/urgencia. Si usted es un miembro nuevo de Liberty, o si finaliza el contrato de su PCD, es posible que pueda continuar viendo a su dentista actual. A esto se le llama *continuidad de la atención*.

## **E. SU DENTISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCD)**

Cuando se une a Liberty, no necesita elegir a un dentista de atención primaria (PCD). Generalmente, un PCD es un dentista general que proporciona atención básica y coordina la atención que usted necesita de otros proveedores de especialidades dentales. Usted puede acceder a los servicios de cualquier dentista general contratado en la red.

### **A. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN**

Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para miembros con un dominio limitado del inglés, incluyendo la traducción de documentos a otros idiomas. Si el inglés no es su lengua materna, Liberty ofrece servicios de interpretación y traducción de algunos materiales escritos en su idioma preferido sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

Si tiene un idioma preferido, infórmenos sobre sus necesidades personales de idioma a través de una encuesta en línea en [<https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Language-Survey.aspx>] o llamando al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

Asegúrese de informar a su PCD o dentista especializado sobre sus necesidades de idioma preferidas en su primera consulta dental. Liberty brinda servicios de asistencia del idioma para todas sus citas dentales. Si su PCD, dentista especializado, o el personal del consultorio dental, no pueden comunicarse con usted en su idioma preferido, Liberty puede ofrecerle los servicios de interpretación, sin costo alguno.

Liberty pone a su disposición servicios de interpretación certificada sin costo alguno y no recomienda utilizar familiares, menores o amigos para que lo ayuden. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros para coordinar un intérprete en persona con la mayor anticipación posible a la hora de su cita, pero no menos de setenta y dos (72) horas desde la hora de su cita. Si tiene una cita de atención de emergencia/urgencia, Liberty puede brindarle servicios de interpretación por teléfono para ayudarlo a hablar con el personal del consultorio en su idioma preferido.

## F. CÓMO OBTENER ATENCIÓN DENTAL CUANDO LA NECESITE

Primero, llame a su PCD para recibir toda su atención, a menos que tenga una emergencia médica. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de atención primaria al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Por lo general, necesita una derivación y una aprobación previa para recibir atención de un dentista especializado que no sea su PCD. La atención debe ser médicamente necesaria para su salud. Su dentista y Liberty siguen pautas, criterios y políticas para decidir si la atención es médicamente necesaria para su salud. Si no está de acuerdo con Liberty acerca de si un servicio es médicamente necesario para su salud, puede solicitar una reconsideración (una apelación), presentar una queja formal o, en algunos casos, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR).

Los servicios dentales cubiertos también se denominan beneficios y deben ser un servicio que Liberty cubra. Su Lista de Beneficios le mostrará qué servicios cubre Liberty bajo su plan dental. Su Lista de Beneficios se proporciona con este documento al comienzo de su plan, está disponible en cualquier momento en el sitio web de Liberty en [\[www.libertydentalplan.com\]](http://www.libertydentalplan.com), [a través de nuestra aplicación móvil para su Smartphone], o previa solicitud a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

## G. PROGRAMACIÓN DE CITAS

La ley de California establece que usted tiene derecho a programar una cita dentro de un tiempo razonable según sus necesidades bucales. La siguiente tabla le muestra el tiempo de espera por cada tipo de cita para tratar su condición bucal. Si por alguna razón no puede programar una cita dentro de estos plazos, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] para mayor asistencia.

| Tipo de cita                                       | Condición/Tipo de servicios                                                           | Tiempo de espera de la cita                                                              |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acceso a emergencias fuera del horario de atención | Condición de emergencia grave o potencialmente mortal que requiere atención inmediata | Las 24 horas del día, los 7 días de la semana                                            |
| Atención de emergencia                             | Dolor intenso, hinchazón, sangrado                                                    | Dentro de las 24 horas                                                                   |
| Atención de urgencia                               | Empaste roto/corona perdida                                                           | Dentro de las 72 horas                                                                   |
| Inicial                                            | Examen, radiografías                                                                  | Dentro de los 36 días hábiles                                                            |
| Atención de rutina (No es una emergencia)          | Cuidados de restauración (empastes/coronas)                                           | Dentro de los 36 días hábiles                                                            |
| Atención preventiva                                | Limpiezas                                                                             | Dentro de los 40 días hábiles                                                            |
| Dentista especializado                             | Cirujano oral, endodoncista, etc.                                                     | Dentro de los 30 días calendario a partir de la solicitud autorizada, cuando corresponda |

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

|                                             |                                          |                           |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------|
| Tiempo de espera en el consultorio          | Solo citas programadas                   | No exceder los 30 minutos |
| Tiempo de espera por teléfono               | Para contestar llamadas entrantes        | Dentro de los 30 segundos |
| Tiempo de espera para devolución de llamada | Devolución de llamadas de correos de voz | Dentro de los 30 minutos  |

## H. DERIVACIONES A ESPECIALIDADES Y AUTORIZACIONES PREVIAS

Su PCD debe enviar una solicitud de derivación especializada a Liberty para obtener una aprobación previa si necesita los servicios de un dentista especializado. La aprobación previa también se llama estimación previa. Asegúrese de que su PCD envíe una derivación especializada a Liberty y obtenga una aprobación previa. Una vez que reciba la aprobación para la consulta con el dentista especializado, este enviará un presupuesto previo para cualquier servicio que considere necesario. Si no tiene una derivación especializada aprobada por Liberty antes de ver a un dentista especializado, tendrá que pagar todos los costos de los servicios que reciba.

**IMPORTANTE:** Usted **no** necesita una derivación especializada ni una aprobación previa para consultar con su PCD u obtener atención de emergencia o atención de urgencia.

## I. ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Una afección se considera una emergencia si tiene dolor intenso, hinchazón o sangrado. Una afección también se considera una emergencia, si tiene motivos razonables para pensar que su condición, sin tratamiento, podría causar que su salud o su cuerpo estén en grave peligro o provocar la muerte.

La atención de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier parte del mundo. Si necesita atención de emergencia, comuníquese con su PCD, incluidas las condiciones dentales inesperadas que ocurran después del horario normal de atención o los fines de semana.

Las emergencias médicas no están cubiertas por Liberty si los servicios se proporcionan en un hospital cubierto por un plan médico, o si Liberty determina que los servicios no eran de naturaleza dental. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de atención primaria al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

## J. ATENCIÓN DE URGENCIA

Atención de urgencia es la atención necesaria para evitar que una afección bucal empeore debido a una enfermedad o lesión inesperada; esta no puede demorarse.

La atención de urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo y las citas deben programarse dentro de las 72 horas. Si necesita atención de urgencia, comuníquese con su PCD, incluidas las condiciones dentales inesperadas que ocurran después del horario normal de atención o los fines de semana.

## K. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

Solo se cubren la atención de emergencia y la atención de urgencia fuera del área de servicio de Liberty.

## L. COSTOS

- La prima es lo que usted paga a su Plan de Salud Calificado (QHP) para mantener la cobertura. Las primas se pagan a [Health Plan].
- Un copago es el monto que debe pagar a su PCD o a un dentista especializado por un procedimiento dental cubierto. Liberty paga por el resto de ese servicio cubierto.
- Su plan tiene un máximo gasto de bolsillo anual. El máximo gasto de bolsillo anual es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Los gastos de bolsillo incluyen copagos o coseguros para todos los servicios médicos y dentales cubiertos.
- Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el máximo gasto de bolsillo médico de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado.
- Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el máximo gasto de bolsillo.
- Para verificar su gasto máximo de bolsillo, visite nuestro sitio web en [[www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)], [descargue nuestra aplicación móvil en su Smartphone], o llame al Departamento de Servicios para Miembros de Liberty gratis al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

## M. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA FORMAL SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN

Liberty ofrece un proceso de resolución de quejas formales. Usted puede presentar una queja formal (también llamada apelación o queja) ante Liberty por cualquier insatisfacción que tenga con el Plan, sus beneficios dentales, una determinación de reclamo, una determinación de estimación previa, su PCD, dentista especializado o cualquier parte de los beneficios de su plan dental.

Si no está de acuerdo con la decisión de Liberty sobre su queja formal, puede obtener ayuda del Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California. En algunos casos, el centro puede ayudarlo a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) o a presentar una queja. La IMR es una revisión de su caso por médicos que no son parte de su plan dental.

## II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES EN ESTE DOCUMENTO

Es importante que sepa las siguientes palabras utilizadas en este documento:

- **Apelación:** Una solicitud hecha a Liberty por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada para revisar una acción del Plan que demore, modifique o deniegue una estimación previa o un reclamo de servicios dentales.
- **Aplicable:** Tener un efecto sobre alguien o algo.
- **Autorización:** Un aviso por escrito por parte de Liberty donde se apruebe la continuación del tratamiento solicitado.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- **Beneficios:** Servicios dentales médicamente necesarios cubiertos por Liberty que están disponibles a través de este plan dental. También conocido como beneficios del plan dental.
- **Plan de beneficios:** El producto dental de Liberty que ha adquirido para tener cobertura de servicios dentales.
- **Año de beneficios:** El año de la cobertura de su plan dental de Liberty.
- **Capitación:** Los prepagos realizados por Liberty a un dentista general de la red para proporcionar servicios a los miembros asignados.
- **Cargos:** Las cuotas solicitadas por servicios dentales propuestos o completados.
- **Consultas:** Una reunión con un dentista especializado para determinar la atención y un plan de tratamiento, según sea necesario.
- **Grupo dental, consultorio dental o proveedor contratado:** Un centro dental, un dentista general, un dentista especializado y el personal de un consultorio dental que tienen un contrato firmado con Liberty para brindar servicios a nuestros miembros de acuerdo con las pautas y los criterios clínicos del Plan. También conocido como dentro de la red.
- **Copago:** El monto que figura en la Lista de Beneficios que se le cobra a un miembro en el momento del servicio por los beneficios cubiertos del plan dental.
- **Servicios cubiertos:** El conjunto de procedimientos dentales que son beneficios de su plan dental de Liberty.
- **Registros dentales:** Se refiere a los archivos con fines de diagnóstico, radiografías intraorales y extraorales, y registros del tratamiento por escrito que incluye, entre otros, notas de progreso, gráficos dentales y periodontales, planes de tratamiento, informes de consulta u otro material escrito relacionado con el historial médico y dental de la persona, diagnóstico, condición, tratamiento o evaluación.
- **Dependiente:** Cualquier miembro elegible de la familia del suscriptor que esté inscrito activamente en Liberty. También conocido como afiliado, miembro o suscriptor.
- **Servicio dental disputado:** Cualquier servicio que es objeto de una disputa presentada, ya sea por un miembro, un proveedor que actúe en nombre de un miembro u otra persona designada autorizada. También conocido como queja formal o apelación.
- **Pareja doméstica:** Cualquier persona cuya unión doméstica está actualmente registrada con un organismo gubernamental de conformidad con las leyes estatales o locales. Esto incluye tanto a parejas del mismo sexo como a parejas de sexos opuestos.
- **Atención de emergencia:** Una prueba, examen o evaluación dental por parte de un proveedor de Liberty para determinar si existe una condición dental de emergencia, y para brindar atención a fin de tratar cualquier síntoma de emergencia dentro de las capacidades del consultorio y conforme a los estándares de atención reconocidos profesionalmente.
- **Condición dental de emergencia:** Una condición dental que, si no se trata de inmediato, podría esperarse de manera razonable que cause un riesgo para la salud de la persona, ya sea dolor intenso o que afecte la habilidad para funcionar.
- **Endodoncista:** Un dentista especializado que trata específicamente enfermedades y lesiones en la pulpa y la raíz del diente. También conocido como especialista en conductos radiculares.
- **Inscrito:** Liberty considera que un afiliado significa lo mismo que un miembro, dependiente o suscriptor que está inscrito activamente en el Plan.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- **[Beneficio esencial de salud (EHB):** Un conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico y dental deben cubrir según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los planes deben incluir cobertura dental para niños. Los beneficios dentales para adultos son opcionales. Los servicios específicos pueden variar según los requisitos estatales.]
- **[Beneficio dental pediátrico esencial (EPDB):** Se refiere a los planes requeridos por la Ley de Atención Asequible para proporcionar beneficios dentales pediátricos esenciales a los niños.]
- **Exclusión:** Se refiere a cualquier procedimiento o servicio dental que no esté disponible en su plan dental de Liberty.
- **Explicación de beneficios (EOB):** Una declaración por escrito de Liberty sobre un reclamo, que muestre lo que estaba cubierto por su plan dental, lo que pagó el Plan y lo que usted debe pagar.
- **Dentista general:** Un dentista con licencia que ofrece servicios dentales generales y que no se identifica como un dentista especializado. También conocido como dentista de atención primaria.
- **Queja formal:** Cualquier expresión de insatisfacción, también conocida como queja. Consulte la sección de Quejas Formales de esta EOC para ver las reglas, regulaciones y procesos.
- **Plan de grupo:** Un plan de beneficios dentales a través de un empleador o grupo que proporciona cobertura de beneficios dentales a través de Liberty.
- **Revisión Médica Independiente (IMR):** Un programa de California donde ciertos servicios denegados pueden estar sujetos a una revisión externa. La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos.
- **Beneficios dentro de la Red:** Los beneficios dentales disponibles para usted cuando recibe servicios de un dentista general o dentista especializado contratado por Liberty.
- **Limitaciones:** Se refiere al número de servicios permitidos, tipo de servicio permitido o el servicio dentalmente apropiado más asequible.
- **Necesidad médica o médicamente necesario:** Los servicios cubiertos que son necesarios y apropiados para el tratamiento de los dientes, encías y estructuras de apoyo y que (a) se brindan de acuerdo con las prácticas o los estándares reconocidos profesionalmente; (b) se determinan que son consistentes con la condición dental; y (c) se trata del tipo, suministro y nivel de servicio más apropiado considerando los posibles riesgos, beneficios y servicios cubiertos alternativos.
- **Miembro:** Liberty considera que un miembro significa lo mismo que un afiliado, suscriptor o dependiente que está inscrito activamente en Liberty.
- **Dentista general de la red:** Un dentista que ha firmado un contrato con Liberty para proporcionar servicios a nuestros miembros de acuerdo con las pautas y criterios de Liberty.
- **Proveedor no contratado:** Un dentista general o dentista especializado que no tenga contrato con Liberty para proporcionar servicios a los miembros. También conocido como proveedor fuera de la red.
- **Servicio no cubierto:** Un procedimiento o servicio dental que no está cubierto bajo su plan dental.

- **Período de inscripción abierta:** Un período de tiempo en cual puede iniciar o cambiar la inscripción en un plan dental.
- **Cirugía oral:** Un dentista especializado que trata enfermedades, lesiones, deformidades, y apariencia de la boca, mandíbula y rostro.
- **Ortodoncista:** Un dentista especializado que trata problemas relacionados con la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan al morder o masticar.
- **Cobertura fuera del área:** Beneficios proporcionados cuando está fuera del área de servicio de Liberty o lejos de su PCD. También conocida como cobertura fuera de la red.
- **Atención de urgencia fuera del área:** Servicios de urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del área de servicio o lejos de su PCD. También conocida como atención de urgencia fuera de la red.
- **Máximo gasto de bolsillo:** Se refiere a la cantidad máxima que gastará por servicios cubiertos cada año.
- **Dentista pediátrico:** Un dentista especializado que trata niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, brindando atención primaria y una variedad completa de tratamiento de atención preventiva.
- **Periodoncista:** Un dentista especializado que trata enfermedades de las encías y tejido alrededor de los dientes.
- **Plan:** Liberty Dental Plan of California, Inc., también conocido como "Liberty".
- **Estimación previa:** Una solicitud realizada por un proveedor de Liberty para aprobar los servicios antes de que se realicen. También se le denomina aprobación previa.
- **Prima:** La cantidad de dinero que usted o su empleador/grupo deben pagar mensualmente a Liberty por cobertura dental.
- **Dentista de atención primaria (PCD):** Un dentista general que proporciona servicios a los miembros de Liberty. El dentista de atención primaria es responsable de brindar o coordinar la atención especializada para los servicios dentales necesarios.
- **Servicios profesionales:** Servicios o procedimientos dentales proporcionados por un dentista con licencia o asistentes aprobados.
- **Proveedor:** Un dentista de atención primaria contratado, un grupo dental, una clínica dental o un dentista especializado que brinda beneficios y servicios del plan dental a los miembros de Liberty.
- **Derivación:** Una solicitud de su dentista de atención primaria para que lo remita a un dentista especializado para una evaluación y servicios según sea necesario.
- **Área de servicio:** Los condados de California donde Liberty ofrece cobertura.
- **Lista de beneficios:** Un documento que describe el tipo de procedimientos dentales cubiertos por su plan dental de Liberty, incluidos los copagos, los deducibles, el máximo gasto de bolsillo, las exclusiones y las limitaciones.
- **Dentista especializado:** Un dentista que ha recibido capacitación avanzada en una de las especialidades dentales aprobadas por la Asociación Dental Americana, y que ejerce como especialista. Las especialidades dentales incluyen endodoncistas, cirujanos orales, periodoncistas y dentistas pediátricos.
- **Suscriptor:** Liberty considera que un suscriptor significa lo mismo que un afiliado, miembro o dependiente que está inscrito activamente en Liberty.
- **Recargo:** Un monto que se cobra, además del copago indicado, por un servicio o tratamiento solicitado.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- **Proveedor cuyo contrato ha finalizado:** Un proveedor que ya no tiene contrato con Liberty para proporcionar servicios a miembros del Plan.
- **Atención de urgencia:** La atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave.
- **Cuotas habituales:** Un cargo habitual del proveedor por un servicio, no cubierto por los beneficios de su plan dental.

### III. **ACCESO A SERVICIOS - CONSULTAS CON UN DENTISTA O DENTISTA ESPECIALIZADO**

Liberty tiene contratos con dentistas generales y dentistas especializados para proporcionar servicios cubiertos por su plan. Para encontrar un dentista en su área, puede visitar nuestro sitio web en [[www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)], [descargar la aplicación móvil LIBERTY en su Smartphone], o llamarnos de manera gratuita al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

Todos los servicios y beneficios descritos en esta Evidencia de Cobertura (EOC) están cubiertos solo si los proporciona un dentista de atención primaria (PCD) o un dentista especializado contratado. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia, tal como se define bajo **“Atención dental de emergencia”** o **“Atención de urgencia”**.

#### A. CONSULTORIOS DENTALES

Liberty pone a su disposición PCD y dentistas especializados en todo el estado de California dentro de una distancia razonable a su hogar o lugar de trabajo. Puede encontrar un dentista en su área visitando nuestro sitio web, [[www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)], [descargando nuestra aplicación móvil en su Smartphone], o llamándonos de manera gratuita al **[888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]**.

Nuestra meta es proporcionarle beneficios dentales apropiados, prestados por profesionales dentales altamente calificados, en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de Liberty que trabajan de manera privada en sus propios consultorios deben cumplir con los criterios de acreditación de Liberty antes de unirse a nuestra red. Además, cada dentista participante debe adherirse a las pautas estrictas del contrato. Todos los dentistas pasaron por una evaluación previa y pasan revisiones con regularidad.

Liberty realiza un programa de evaluación de la calidad, el cual incluye la administración continua de contratos para confirmar el cumplimiento de la educación continua, la disponibilidad de citas para los miembros, el diagnóstico adecuado y la planificación del tratamiento. Su PCD le proporcionará toda la atención dental necesaria, incluyendo derivaciones a un dentista especializado, si es necesario. Todos los miembros tendrán un consultorio de PCD dentro en un radio de treinta (30) minutos o quince (15) millas de su residencia o lugar de trabajo.

## B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL

Para obtener más información sobre cómo usar sus beneficios dentales, visite el sitio web [[www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)]. El sitio web contiene más información útil sobre salud dental y bucal para ayudarlo, que incluye las medidas de cuidados en el hogar que puede tomar para mantener sus dientes y boca saludables. Es importante saber que el estado de sus dientes, encías y boca puede tener un efecto en su salud general total. La información sobre cómo su salud bucal puede afectar sus condiciones generales de salud como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, embarazo, salud antes y después del embarazo, así como otras condiciones de salud, se puede encontrar en nuestro sitio web.

## C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES

1. **Dentista de atención primaria (PCD):** No tiene que elegir un PCD asignado. Puede acceder a la atención con cualquier PCD dentro de la red. Su PCD es responsable de coordinar cualquier servicio dental de atención especializada que pueda necesitar. Debe obtener los servicios dentales generales de su PCD. Su PCD compartirá información con cualquier dentista especializado para coordinar su atención general.

Puede ubicar un proveedor contratado por Liberty ingresando en línea a nuestro sitio web en [[www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)], [descargando nuestra aplicación móvil en su Smartphone], o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Una vez que haya localizado a un proveedor contratado por Liberty, puede llamar al consultorio para programar una cita. El PCD se comunicará con Liberty para verificar su elegibilidad.

2. **[Cambio de PCD:** Puede solicitar cambiar su PCD en cualquier momento. Puede [usar nuestra aplicación dental móvil para encontrar un dentista y solicitar un cambio de consultorio], llamar sin costo a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al [(888) 703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] durante el horario de atención regular, o enviar una solicitud de cambio por escrito a: [Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110].

Si solicita cambiar su PCD, su nuevo consultorio dental puede entrar en vigencia el primer (1.º) día del mes en curso. Hay algunos consultorios dentales que requieren que los cambios de consultorios se realicen el primer (1.º) día del mes siguiente. Puede comunicarse con el consultorio del nuevo PCD para preguntar sobre su procedimiento o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

3. **Atención de un dentista especializado:** Puede obtener atención de un dentista especializado después de que su PCD envíe una derivación a Liberty para su aprobación. Solo puede recibir servicios de un dentista especializado que haya sido aprobado previamente para usted por Liberty. Su dentista especializado enviará una estimación previa de los servicios a Liberty para su revisión y determinación de los beneficios.

- Todos los servicios y beneficios descritos en esta EOC están cubiertos solo si los proporciona un PCD o dentista especializado contratado por Liberty. Los servicios recibidos por un proveedor no contratado no están cubiertos. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia o urgencia, tal como se define bajo **“Atención dental de emergencia”** o **“Atención dental de urgencia.”**

## **D. TELEODONTOLOGÍA**

La teleodontología es un servicio dental virtual, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, como una solución alternativa para ayudarlo a controlar su salud dental, especialmente cuando usted y su PCD no pueden estar en la misma ubicación física. Los proveedores están disponibles por teléfono y computadora desde cualquier lugar para atender necesidades dentales de emergencia y urgencia. Liberty cubre los servicios de teleodontología para ayudar a mejorar el acceso y la continuidad de la atención dental para nuestros miembros. No hay diferencia en su cobertura dental para teleodontología. Los mismos beneficios están disponibles tanto en la teleodontología como en las consultas presenciales.

Su proveedor puede determinar a través de una consulta si tiene un problema dental de emergencia y puede brindarle instrucciones sobre cómo tratar las afecciones. Si tiene un diente agrietado o astillado, una lesión en los tejidos blandos (bulto en las encías), una pequeña caries, dolor en la mandíbula o una afección similar que no sea de emergencia, una consulta de teleodontología por teléfono o video puede serle útil. Si necesita tratamiento urgente, debe programarlo para una consulta presencial.

Puede programar una cita con su consultorio dental, por teléfono o en línea para discutir los servicios dentales regulares, los problemas dentales y las instrucciones sobre cómo tratar las afecciones. Póngase en contacto con su PCD si experimenta dolor dental o una posible emergencia dental. Si su PCD no está disponible, póngase en contacto con el número gratuito de Liberty para recibir asistencia a través del programa de teleodontología. Si se requiere una consulta presencial, el Departamento de Servicios para Miembros de Liberty se encarga de coordinar las consultas dentales de emergencia sin costo alguno.

Si está experimentando una emergencia médica potencialmente mortal, comuníquese de inmediato con el 911.

## **E. ATENCIÓN DE URGENCIA**

La atención de urgencia es la atención que usted necesita dentro de las siguientes setenta y dos (72) horas para prevenir el grave empeoramiento de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuyo tratamiento no se puede demorar.

Liberty proporciona cobertura para servicios dentales de urgencia solo si estos se requieren para aliviar el dolor intenso, sangrado, o si un miembro cree razonablemente

que la condición, si no es diagnosticada o tratada, puede derivar en una discapacidad, disfunción o la muerte.

Comuníquese con su PCD para sus necesidades de urgencia durante el horario de oficina o fuera de este. Si se encuentra fuera del área de servicio de Liberty, llame al Plan para su derivación a otro dentista contratado que pueda tratar su condición de urgencia.

Para la atención de urgencia después del horario de oficina y fuera del área de servicio de Liberty, puede encontrar un proveedor que pueda ayudarlo con su condición de urgencia. Liberty le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75) por año.

Seguirá siendo responsable de sus copagos según lo determine el diseño de su plan dental. Debe informar a Liberty tan pronto como sea posible después de recibir los servicios de atención de urgencia, preferentemente dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas.

En caso de que Liberty determine que su tratamiento no se debió a una afección dental de urgencia, los servicios de cualquier proveedor no contratado no estarán cubiertos y usted no será elegible para el reembolso.

## **F. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA**

- **Atención dental de emergencia**, como lo define la Ley de California, incluye una revisión dental, examen, evaluación por un dentista general o dentista especializado para determinar si existe la condición dental de emergencia y para proporcionar la atención considerada de acuerdo con los estándares profesionales de atención dental, con la finalidad de aliviar cualquier síntoma de emergencia en un consultorio dental/clínica y sala de emergencias en un hospital.

La atención dental de emergencia es un beneficio permitido, según su Lista de Beneficios. Liberty proporcionará beneficios para servicios dentales de emergencia y garantizará la disponibilidad de un proveedor en caso de que un proveedor de guardia de la red no esté disponible en un entorno dental u hospital. Liberty no cubrirá los servicios que se determine que no eran de naturaleza dental.

Todos los consultorios PCD contratados por Liberty proporcionan servicios dentales de emergencia las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días a la semana. Liberty brinda cobertura para servicios dentales de emergencia si, sin tratamiento, su salud puede estar en grave peligro, puede experimentar daños graves de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

La Atención de emergencia puede incluir, entre otros, el cuidado de una lesión, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. Si se trata de una emergencia

médica, llame a su médico de atención primaria al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

En caso de que necesite atención dental de emergencia, comuníquese con su PCD para programar una cita de inmediato. Para condiciones dentales de urgencia o inesperadas que ocurren después del horario de oficina o los fines de semana, comuníquese con su PCD para recibir instrucciones sobre qué hacer. Si su PCD no está disponible, o si usted está fuera del área de servicio de Liberty y no puede comunicarse con el Plan para obtener ayuda para ubicar otro consultorio dental contratado, póngase en contacto con cualquier dentista con licencia para recibir atención de emergencia.

Liberty le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75) por año. Será responsable de sus copagos según lo determinen los beneficios de su plan dental.

Debe informar a Liberty tan pronto como sea posible después de recibir los servicios dentales de emergencia, preferentemente dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas. Si se determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, los servicios de cualquier proveedor no contratado no estarán cubiertos y usted no será elegible para reembolso.

Si se satisfacen los requerimientos bajo la sección titulada “**Atención dental de emergencia**”, Liberty cubrirá hasta setenta y cinco dólares (\$75). Si usted paga una factura por atención dental de emergencia que tiene cobertura, envíe una copia de la factura pagada a [Liberty Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110].

Incluya una copia del reclamo del consultorio del proveedor o una declaración de los servicios/factura. [También puede encontrar una copia del formulario de reclamo dental en nuestro sitio web en:

<https://www.libertydentalplan.com/Resources/Documents/ADA%20Claim%20Form.pdf>]

Asegúrese de que la declaración o las facturas sean claramente legibles y envíelas a Liberty con la siguiente información:

- Nombre completo y número de identificación del suscriptor
- Nombre y número de identificación de la persona que recibió los servicios dentales de emergencia
- Nombre, dirección y número de teléfono del dentista que brindó los servicios dentales de emergencia
- Una declaración explicando las circunstancias de esta consulta de servicio dental de emergencia

Si se necesita información adicional, se le notificará por escrito. Si alguna parte de su reclamo es denegada, usted recibirá una Explicación de Beneficios (EOB) por escrito

dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción del reclamo por parte de Liberty, que incluye:

- La razón de los servicios denegados.
- Referencia a las condiciones EOC aplicables, o las pautas y criterios clínicos de Liberty, en los que se basa la denegación.
- Información sobre cómo solicitar una reconsideración de la denegación o presentar una queja formal, y una explicación de los procedimientos de quejas formales. También puede consultar la sección de la EOC, PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES.

## **G. SEGUNDA OPINIÓN**

Usted puede pedir una segunda opinión, sin costo alguno, para los servicios cubiertos por su plan, llamando al número gratuito de Servicios para Miembros [(888) 703-6999]/TTY: [1-877-855-8039], o escribiendo a: [Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110].

Su PCD también puede solicitar una segunda opinión dental en su nombre al presentar un formulario estándar de derivación a una especialidad, junto con las radiografías y la documentación correspondientes. Todas las solicitudes de una segunda opinión dental son procesadas por Liberty dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores de haber recibido la solicitud, o dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes para los casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante.

En cuanto sea aprobada, Liberty hará los arreglos necesarios para la segunda opinión dental y le informará a su dentista tratante sobre sus preocupaciones. Luego se le avisará de los arreglos para que pueda programar una cita. Si lo solicita, puede solicitar una copia de la política de Liberty sobre segundas opiniones dentales.

## **H. DERIVACIÓN A UN DENTISTA ESPECIALIZADO**

En caso de que necesite ser atendido por un dentista especializado, Liberty requiere que su PCD presente una derivación especializada para su aprobación. Liberty procesará la solicitud de derivación especializada estándar, que no sea de emergencia, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción.

## **1. SOLICITUDES DE EMERGENCIA**

Si usted o su PCD se encuentran en una condición de emergencia en la que el plazo normal para el proceso de toma de decisiones, como se describe anteriormente, sería perjudicial para su vida o su salud, lo que incluye, entre otros, la posible pérdida de la vida, una extremidad u otra función corporal importante, se puede pedir una solicitud de derivación de emergencia o una estimación previa.

La respuesta de Liberty a la solicitud de emergencia no demorará más de setenta y dos (72) horas desde el momento en que se recibe toda la información necesaria para tomar una decisión.

La decisión de aprobar, modificar o denegar será comunicada al PCD dentro de las veinticuatro (24) horas de la decisión. En casos donde la revisión sea retrospectiva (servicios que ya se proporcionaron), la decisión se le comunicará a usted por escrito dentro de los treinta (30) días a partir de la recepción de la información.

## 2. SOLICITUDES PENDIENTES

Hay momentos en que Liberty requiere información adicional de su PCD para procesar la solicitud de una derivación especializada. Cuando se necesite información adicional, Liberty les enviará a usted y a su PCD una carta explicando por qué la solicitud de derivación especializada quedó pendiente, la información adicional que se necesita y cuándo se necesita para tomar una decisión.

Las derivaciones especializadas pueden quedar pendientes hasta por catorce (14) días calendario, si no se recibe la información necesaria, Liberty tomará una decisión según la documentación proporcionada por el PCD, los beneficios de su plan dental y las pautas y criterios del Plan.

## 3. CONSULTAS AL DENTISTA ESPECIALIZADO

Una vez que complete la primera consulta con el dentista especializado, llamada consulta, se le proporcionará un plan de tratamiento que incluye los procedimientos recomendados para tratar su afección, si los servicios están cubiertos o no, y el monto que pagará por los servicios.

- Su dentista especializado debe enviar una estimación previa a Liberty para determinar la cobertura, los beneficios, la necesidad médica y/o la idoneidad, excepto para los servicios dentales de emergencia (consulte “**Atención dental de emergencia**” y “**Servicios de atención de urgencia**” descritos anteriormente).
- Será financieramente responsable de los copagos y deducibles enumerados para los servicios cubiertos. Si elige que se completen los servicios que Liberty denegó en función de la necesidad médica, o cualquier servicio no cubierto o electivo, será financieramente responsable de la cuota habitual del dentista especializado.

**NOTA IMPORTANTE:** Los servicios especializados y los planes de tratamiento aprobados previamente por Liberty, solo están disponibles con los dentistas especializados que solicitaron los servicios. Los servicios especializados y los planes de tratamiento no son transferibles de un dentista especializado a otro, a menos que ambos estén de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto.

## I. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

No se requiere una aprobación previa para recibir servicios dentales de su PCD. Su PCD tiene la capacidad de tomar la mayoría de las determinaciones de cobertura. Los planes

de tratamiento para determinar sus beneficios dentales se completan a través de exámenes orales integrales, que están cubiertos por su plan.

Su PCD es responsable de comunicar los resultados del examen oral completo y brindarle un plan de tratamiento que incluya sus beneficios disponibles y los costos asociados.

Su dentista especializado debe utilizar el proceso descrito anteriormente en **“Derivación a un dentista especializado”**.

Usted, su PCD o dentista especializado pueden llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros de Liberty al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] para obtener información sobre la aprobación previa de las políticas de servicios del Plan o el estado de una derivación o estimación previa.

Si no está satisfecho con la decisión de Liberty de retrasar, modificar o denegar los servicios solicitados en una derivación especializada y/o estimación previa, tiene derecho a solicitar una reconsideración. Consulte la sección PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES en esta EOC para obtener más información sobre cómo solicitar una reconsideración.

## **J. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

**1. Miembros actuales:** Los miembros actuales de Liberty tienen derecho a completar la atención de ciertas afecciones dentales graves y recurrentes con su proveedor, que ya no tiene contrato con Liberty (proveedor cancelado). Llame a Servicios para Miembros de Liberty al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] para consultar si es elegible para este beneficio.

Usted debe hacer una solicitud específica para continuar bajo cuidado con el proveedor terminado. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con el proveedor terminado sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California. Puede solicitar una copia de la Política de Continuidad de Atención de Liberty, sin costo alguno.

**2. Miembros nuevos:** Un nuevo miembro de Liberty tiene derecho a completar la atención para ciertas afecciones dentales graves y recurrentes especificadas con su proveedor, que no tiene contrato con Liberty (proveedor fuera de la red). Llame a Servicios para Miembros de Liberty al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] para ver si es elegible para este beneficio.

Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con su proveedor actual fuera de la red. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor sobre los términos referentes a su atención de acuerdo

con la ley de California. Puede solicitar una copia de la Política de Continuidad de Atención de Liberty, sin costo alguno.

#### **IV. CUOTAS Y CARGOS - LO QUE USTED PAGA**

##### **A. PRIMAS Y CUOTAS DE PREPAGO**

Las Primas se deben pagar a su QHP antes del mes de cobertura. A su vez, [HEALTH PLAN] debe proporcionar las primas a Liberty para establecer y continuar con su cobertura. Las primas deben pagarse para el período en que se reciben los servicios.

Su prima y los términos de pago, incluyendo la dirección postal para los pagos, son determinadas por su Plan de Salud Calificado.

##### **B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS**

[HEALTH PLAN] o Liberty pueden cambiar los beneficios cubiertos, los copagos y las tarifas de las primas. [HEALTH PLAN] o Liberty no reducirán los beneficios cubiertos ni aumentarán las tarifas de las primas durante el plazo del acuerdo sin avisarle al menos sesenta (60) días antes del cambio propuesto.

##### **C. SALDO ACUMULADO DEL DEDUCIBLE Y DEL GASTO DE BOLSILLO**

La ley de California establece que, como miembro de Liberty, usted puede solicitar que se le envíe por correo un resumen actualizado del total de su deducible anual y del gasto máximo de bolsillo por cada mes en que haya utilizado sus beneficios dentales, hasta que alcance el máximo correspondiente en cada caso. Por lo general, estos documentos le serán entregados junto con sus estados de beneficios.

Puede solicitar esta información a través de la [aplicación móvil de Liberty], en línea en [www.libertydentalplan.com], llamando a Servicios para Miembros, o enviando una solicitud por escrito por correo o fax a cualquiera de las direcciones indicadas a continuación.

También puede optar por no recibir estos envíos si así lo desea. Si ya solicitó dejar de recibir correspondencia de Liberty y desea volver a inscribirse para recibirla nuevamente, comuníquese con Servicios para Miembros.

- En línea: [En el sitio web de Liberty en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)]
- Descargue nuestra aplicación móvil en su Smartphone]
- Por correo: [Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]
- Por fax al: [(949) 270-0101]
- Por teléfono al: [Departamento de Servicios para Miembros de Liberty al (888) 703-6999]
- Por TDD/TTY: [(877) 855-8039]

##### **D. OTROS CARGOS**

Usted es responsable de las primas y copagos indicados de los servicios cubiertos. Usted será responsable de otros cargos por servicios no cubiertos u opcionales, como se describe en esta EOC.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Debe hablar sobre cualquier cargo por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su PCD o dentista especializado. Para evitar malentendidos financieros, asegúrese de que su PCD o dentista especializado le proporcione un plan de tratamiento por escrito de todos los servicios propuestos o recibidos, ya sea que estén cubiertos o no.

Si recibe servicios sin la estimación previa requerida y aprobada de Liberty, que no sean servicios de atención de emergencia o de urgencia médicamente necesarios, usted será responsable del pago total de la cuota habitual del PCD o del dentista especializado.

**IMPORTANTE:** Usted será responsable por cargos adicionales de cheques devueltos o rechazados, pagos con tarjetas de crédito canceladas, cargos por citas canceladas o perdidas. Usted y su PCD o dentista especializado acuerdan mutuamente los cargos, de conformidad con los acuerdos comerciales y divulgaciones realizadas por el proveedor tratante. Liberty no tiene jurisdicción sobre las políticas internas del consultorio o los acuerdos comerciales mutuamente acordados entre usted y su PCD o dentista especializado.

Su plan tiene un máximo gasto de bolsillo anual. El máximo gasto de bolsillo anual es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Los gastos de bolsillo incluyen copagos, coseguros o deducibles para todos los servicios médicos y dentales cubiertos.

Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el máximo gasto de bolsillo médico de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el máximo gasto de bolsillo.

Para verificar su máximo gasto de bolsillo, puede visitar el sitio web de [HEALTH PLAN] en **[HEALTH PLAN'S URL]** o llame a Servicios para Miembros de [HEALTH PLAN] al **[HP TOLL-FREE NUMBER] (número gratuito)**. Después de haber alcanzado el máximo gasto de bolsillo anual, Liberty pagará el resto del costo de los servicios dentales para ese año, siempre y cuando el servicio que reciba sea un beneficio cubierto brindado por su PCD dental contratado, un dentista especializado o proveedor dental autorizado.

## **E. RESPONSABILIDAD DE PAGO**

Usted es responsable del pago de las primas y copagos enumerados para cualquiera de los servicios cubiertos sujetos a las limitaciones y exclusiones del diseño de su plan.

Usted es responsable de pagar la cuota habitual del PCD o dentista especializado en las siguientes situaciones:

- Servicios no cubiertos y opcionales.

- Servicios completados con un consultorio, PCD o dentista especializado no contratados.
- Servicios completados antes o sin requerimiento de una estimación previa de Liberty.
- Servicios completados fuera del área de servicio de Liberty, que se determina que no califican como servicios de atención de emergencia o urgencia. Esto puede incluir tratamientos de rutina que no se completaron para tratar una situación dental de emergencia.

Los servicios de emergencia están disponibles fuera de la red o sin estimación previa en algunas situaciones, consulte las secciones **“Atención dental de emergencia”** o **“Atención dental de urgencia”** descritas anteriormente.

#### **IMPORTANTE:**

- Antes de que le proporcionen servicios no cubiertos, su PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo estimado. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame a Servicios para Miembros de Liberty al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].
- Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, el PCD o dentista especializado puede cobrarle su cuota habitual por dichos servicios. Antes de brindar a un miembro servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Liberty al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] o a su Administrador de Beneficios. Para comprender completamente su cobertura, debe revisar detenidamente esta Evidencia de Cobertura (EOC).
- En caso de que el padre, madre o tutor legal de un niño reciba una orden judicial para inscribir a un niño en este plan dental, Liberty proporcionará los beneficios descritos en esta EOC dentro de los requisitos aplicables de la orden judicial. Cualquier reclamo pagadero en virtud de esta EOC se pagará, a discreción de Liberty, al padre, madre o tutor legal del niño, por cualquier gasto pagado de su bolsillo.

#### **F. REEMBOLSO DE PROVEEDORES**

Liberty ofrece múltiples formas de pagar a nuestros PCD y dentistas especializados contratados por los servicios cubiertos. Esto incluye capitación, pago por servicio y recargos suplementarios. Los pagos cambian según el área geográfica, el dentista general, el dentista especializado y el código del procedimiento. Para obtener más información sobre los reembolsos, puede enviar una solicitud por escrito a [Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110].

Usted no será responsable financieramente por ningún dinero adeudado a algún PCD o dentista especializado contratado por Liberty. En caso de que Liberty no pague a un proveedor no contratado, usted será responsable del costo de los servicios que recibió.

## **V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN**

### **A. QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE**

Usted y sus dependientes inscritos que sean elegibles deben vivir o trabajar en el área de servicio de Liberty.

Puede inscribir a:

- Hijos dependientes hasta el decimonoveno (19) cumpleaños.
- Nuevos hijos dependientes adoptados por usted, hijastros y recién nacidos hasta el decimonoveno (19) cumpleaños.

### **B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS**

Su plan dental es proporcionado por su QHP y se coordina a través de Liberty. Si Liberty recibe el formulario de inscripción completado y el pago antes del vigésimo (20.º) día del mes, usted es elegible para recibir atención el primer día del mes siguiente. Puede llamar a su dentista seleccionado en cualquier momento después de la fecha de vigencia de su cobertura. Asegúrese de identificarse como miembro de Liberty cuando llame al dentista para programar su cita. También le aconsejamos que lleve esta EOC o la Lista de Beneficios [(Anexo 1)] cuando vaya a su cita. De esta manera, puede consultar los beneficios, copagos, gastos de bolsillo, exclusiones y limitaciones, así como cualquier tratamiento no cubierto.

## **VI. SERVICIOS CUBIERTOS**

Usted está cubierto para los siguientes servicios y procedimientos dentales cuando sean médicamente necesarios para su salud dental y de acuerdo con los estándares de la práctica dental profesional. Los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas para cada categoría y para todos los servicios.

Consulte su Lista de Beneficios [(Anexo 1)] para obtener una lista detallada de los servicios cubiertos específicos y los copagos aplicables a cada uno, así como una lista de las exclusiones y limitaciones que se aplican a todos los servicios dentales cubiertos bajo su plan dental de Liberty.

### **A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO**

Los servicios dentales de diagnóstico son los que se emplean para diagnosticar su condición dental y ayudar a determinar qué tratamiento se necesita. Los servicios dentales de diagnóstico incluyen exámenes orales y radiografías.

### **B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS**

Los servicios dentales preventivos son los que se emplean para mantener una buena salud dental o para evitar que su condición dental empeore. Los servicios preventivos incluyen limpiezas y algunos servicios periodontales.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

### **C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN**

Los servicios dentales de restauración son aquellos que se emplean para reparar y restaurar sus dientes a una condición saludable. Los servicios de restauración incluyen empastes y coronas.

### **D. SERVICIOS DE ENDODONCIA**

Los servicios dentales de endodoncia incluyen el tratamiento de la pulpa, los conductos radiculares y las raíces. Los servicios de endodoncia incluyen procedimientos de conducto radicular.

### **E. SERVICIOS PERIODONTALES**

Los servicios dentales periodontales implican el tratamiento y manejo de las encías y el hueso que sostienen los dientes. Los servicios periodontales incluyen raspado y alisado radicular (limpieza profunda).

### **F. SERVICIOS DE PROSTODONCIA**

Los servicios dentales de prostodoncia incluyen el reemplazo de los dientes perdidos con un aparato y el mantenimiento de los mismos. Los servicios de prostodoncia incluyen dentaduras postizas parciales y completas removibles o puentes fijos.

### **G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL**

La cirugía oral implica procedimientos quirúrgicos en sus dientes, la boca, las encías o la mandíbula. Los servicios dentales de cirugía oral incluyen la extracción de dientes y otros procedimientos quirúrgicos.

### **H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS**

Los servicios dentales complementarios generalmente se refieren a cualquier tratamiento o servicio que se brinde como parte de otro servicio cubierto. Los servicios dentales complementarios incluyen anestesia (sueño profundo o medicamento para adormecer) durante servicios dentales aprobados, protectores bucales y otros procedimientos.

### **I. SERVICIOS DE ORTODONCIA**

Los servicios dentales de ortodoncia consisten en enderezar los dientes y el tratamiento de las alteraciones en la mordedura de los dientes y las mandíbulas. Los servicios dentales de ortodoncia incluyen frenillos y retenedores. Los beneficios de ortodoncia solo están disponibles cuando son médicamente necesarios, tal como se describe en su Lista de Beneficios.

## **VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES**

Consulte su Lista de Beneficios [(Anexo 1)] para ver las limitaciones de los procedimientos cubiertos y las exclusiones de los beneficios de su plan. Otras exclusiones se enumeran en su Lista de Beneficios completa junto con este documento al inicio de su plan dental, y están disponibles a pedido, sin costo alguno.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

## A. EXCLUSIONES GENERALES

### Liberty no cubrirá:

- Los servicios que recibe de un PCD o dentista especializado que no tiene contrato con Liberty, a menos que tenga una aprobación previa de Liberty, o que necesite atención de emergencia o de urgencia fuera del área de servicio de Liberty.
  - Cualquier procedimiento o servicio dental que no sea médicamente necesario, según lo determine Liberty, de acuerdo con los estándares de práctica dental profesionalmente reconocidos.
  - Cualquier procedimiento o servicio dental que no figure específicamente como un beneficio cubierto por su plan dental. Consulte su Lista de Beneficios [(Anexo 1)] para obtener una lista completa de las exclusiones.
  - Cualquier procedimiento o servicio dental con fines estéticos o para condiciones que son el resultado de defectos hereditarios del desarrollo.
  - Cualquier procedimiento, servicio o aparato dental proporcionado por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
  - Los servicios que le haya ordenado un tribunal, a menos que sean médicamente necesarios y estén cubiertos por Liberty.
  - El costo de copiar sus registros dentales con su PCD o dentista especializado
  - Los gastos de traslado, tales como taxis y pasajes de autobús, para ver a su PCD, dentista especializado o recibir atención dental.
  - Otras exclusiones se enumeran en su Lista de Beneficios completa junto con este documento al inicio su plan, y también están disponibles por separado cuando lo solicite.
- **IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no están cubiertos bajo este plan, un PCD o dentista especializado puede cobrarle su cuota habitual por dichos servicios. Antes de completar cualquier servicio que no esté cubierto bajo este Plan, el PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado a ser completado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Liberty al [(888) 703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] o hablar con su administrador de beneficios. Para comprender completamente su cobertura, revise detenidamente esta EOC y su Lista de Beneficios.

## B. CITAS PERDIDAS

Liberty recomienda encarecidamente que si necesita cancelar o reprogramar una cita con su PCD o dentista especializado, notifique al consultorio dental con la mayor anticipación posible, pero a más tardar setenta y dos (72) horas antes de su cita. Esto permitirá al PCD o dentista especializado programar a otra persona que necesite atención. Los consultorios dentales pueden cobrar una cuota por citas perdidas o canceladas sin la anticipación recomendada.

## **VIII. TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA**

### **A. TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

#### **1. Cancelación por pérdida de elegibilidad**

Este es un plan EPDB y los beneficios terminarán una vez que los miembros alcancen el límite de edad para la cobertura, diecinueve (19) años, tal como se establece en este documento.

Su cobertura del plan dental de Liberty puede ser terminada por su cobertura del Plan de Salud Calificado (QHP). Si esto sucede, recibirá un aviso a través de su QHP al menos treinta (30) días calendario antes de que el cambio entre en vigencia. La cobertura para sus dependientes también terminará al mismo tiempo.

La cobertura de su plan dental de Liberty, incluida la cobertura para sus dependientes, también puede terminar si:

- Usted ya no vive ni trabaja en el área de servicio de Liberty o si Liberty ya no ofrece su plan dental.

#### **2. Cancelación debido a la falta de pago de la prima**

- Si su QHP no paga la prima, Liberty enviará un aviso a su QHP para informar que la prima está vencida.
- Si las primas no se pagan de conformidad con el acuerdo de su QHP, la cobertura de su plan dental de Liberty finalizará a la medianoche del último día del período de gracia de treinta (30) días calendario, sujeto a la presentación de los requisitos de notificación exigidos por Liberty. Los miembros reciben un período de gracia de al menos treinta (30) días consecutivos, a partir de la fecha especificada en el "Aviso de inicio del período de gracia".
- La cobertura continuará bajo el contrato del Plan durante el período de gracia. Si no se pagan las primas, la cobertura terminará después de la finalización del período de gracia seguido de un aviso por escrito de la cancelación al suscriptor. El aviso por escrito indicará el motivo de la cancelación y el período de tiempo en que la cancelación se hizo efectiva.

#### **3. Finalización del tratamiento en curso después de la terminación**

- Si la cobertura de su plan dental finaliza mientras el contrato entre usted y Liberty está vigente, su PCD o dentista especializado deben completar cualquier procedimiento en curso que haya empezado antes de que usted terminara su contrato, y cumplir con los términos y las condiciones del Plan.
- Si la cobertura de su plan dental finaliza con Liberty después del inicio del tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de los cargos de cualquier tratamiento de ortodoncia restante.

#### **4. Terminación por fraude**

- El fraude no está permitido por la ley federal. La cobertura de su plan dental terminará inmediatamente con Liberty, si planea, comete o permite a sabiendas que alguien cometa fraude o engaño.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Ejemplos de fraude:

- Usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación para completar los servicios bajo este plan.
- Tergiversa a usted mismo o a sus dependientes al proporcionar información “sustancial” incompleta o incorrecta a Liberty, o a su proveedor dental, que podría afectar la inscripción o el uso de los beneficios del plan dental.
- Intencionalmente engaña a Liberty o tergiversa su información, o permite que alguien más lo haga, con el fin de obtener servicios de atención dental.

En casos de sospecha de fraude, recibirá una carta por correo certificado al menos treinta (30) días antes de la fecha de terminación. La carta incluirá el motivo de la terminación planificada y sus derechos de apelación. Si cree que la inscripción se cancelará de manera incorrecta, rescindiré o no renovaré, puede enviar una solicitud de revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Una vez que haya completado el proceso de apelación, su cobertura finalizará de inmediato y recibirá una notificación por escrito de Liberty.

## **5. Terminación debido al estado de salud**

- Liberty no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha terminado debido a su estado de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión del Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Si el director determina que existe una queja que se ajusta a las disposiciones de esta sección, el director notificará a Liberty. Dentro de los quince (15) días calendario de la fecha en que recibimos dicho aviso, Liberty solicitará una audiencia o restablecerá la cobertura del miembro. El restablecimiento será retroactivo al momento de la cancelación o la falta de renovación.
- Liberty será responsable por los gastos incurridos por el miembro por los servicios de atención dental cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de la reincorporación.
- Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada llamando al 1-888-466-2219 o a la línea TDD al 1-877-688-9891 para las personas con limitaciones auditivas o del habla. El sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada es [www.dmhca.ca.gov](http://www.dmhca.ca.gov).

## **B. FECHA EFECTIVA DE LA TERMINACIÓN**

La cobertura puede terminarse, cancelarse o no renovarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de notificación de la terminación, excepto cuando se trate de un fraude o engaño, como se indicó anteriormente, en el que la cobertura finaliza inmediatamente después de la notificación.

### **C. DESAFILIACIÓN**

Puede cancelar su inscripción en cualquier momento, con al menos catorce (14) días calendario de anticipación, comunicándose con Covered California o su Plan de Salud Calificado por teléfono o por escrito.

La cancelación de la inscripción es efectiva en la fecha especificada o catorce (14) días calendario después de que se solicite la cancelación, si no se proporciona un aviso razonable de tiempo.

### **D. RESCISIÓN**

Rescisión significa que Liberty puede cancelar su cobertura como si ésta no existiera. Liberty solo puede rescindir su cobertura en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales. Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión de rescindir su membresía. Los procedimientos de apelación le serán proporcionados junto con el aviso de rescisión.

Si cree que la inscripción se cancelará de manera incorrecta, rescindiré o no renovará, puede enviar una solicitud de revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Una vez que haya completado el proceso de apelación, su cobertura finalizará de inmediato y recibirá una notificación por escrito de Liberty. Excepto por lo dispuesto por ley, Liberty no puede rescindir su cobertura después de veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de emisión de la cobertura dental.

## **IX. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA**

Consulte la EOC de su [HEALTH PLAN] para obtener información sobre la renovación y reincorporación de cobertura.

### **SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL POR CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN AL PLAN**

Si considera que la cobertura de su plan dental ha sido o será cancelada de manera incorrecta, rescindida o no renovada, usted tiene derecho a presentar una queja formal ante [Health Plan Name] y/o el Departamento de Atención Médica Administrada.

#### **Opción (1): Presentar una queja formal ante Liberty**

Puede enviar una queja formal a [Health Plan Name] de cualquiera de las siguientes formas:

- En línea en [Health Plan website] y preséntela de manera electrónica.
- Envíe por fax su queja formal por escrito al [Health Plan fax number].
- Llame a nuestro Servicios para Miembros al [Health Plan phone number], TTY [Health Plan TTY].
- Envíe su queja formal por escrito a: [Health Plan Name and Address].

Es posible que desee presentar su queja formal ante [Health Plan Name] primero si considera que su cancelación, rescisión o no renovación es resultado de un error. Las quejas formales deben presentarse tan pronto como sea posible después de recibir la "Notificación de Cancelación, Rescisión o No Renovación".

Resolveremos su queja formal o le proporcionaremos un estado pendiente dentro de los tres (3) días calendario posteriores a su recepción. Si no recibe una respuesta de [Health Plan Name] dentro de tres (3) días calendario, o si no está satisfecho de cualquier manera con la respuesta de [Health Plan Name], puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada, tal como se detalla a continuación en la Opción 2.

### **Opción (2): Presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada.**

Puede presentar una queja formal directamente al Departamento de Atención Médica Administrada sin antes enviarla a [Health Plan] o después de haber recibido nuestra decisión sobre su queja formal.

- Puede presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada en línea en: [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov)
- Puede presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada enviándola por escrito a:  
Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, California 95814-2725
- Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal al:  
Por teléfono: 1-888-466-2219  
TDD: 1-877-688-9891  
Fax: 1-916-255-5241

## **X. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES**

Si no está satisfecho con su PCD, dentista especializado, personal o instalaciones del consultorio dental, derivación especializada, estimación previa, reclamo, cualquier parte de su atención dental, Liberty o [Health Plan Name], tiene derecho a presentar una queja formal. Una queja formal es lo mismo que una queja. No será discriminado de ninguna manera por parte de [Health Plan Name], Liberty, su PCD o su dentista especializado por presentar una queja formal.

### **A. PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL**

Usted puede presentar una queja formal usando el formulario de quejas formales de [Liberty]. [Liberty] no requiere que use un formulario de queja formal; investigaremos una queja formal presentada en cualquier formato. Los formularios de quejas formales están disponibles en cualquiera de los siguientes:

- Del consultorio de su PCD o dentista especializado

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- En este documento EOC bajo el Anexo 2 “FORMULARIOS”
- En nuestro sitio web en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)
- Llamando a Servicios para Miembros al [(888) 703-6999] o TTY: [(877) 855-8039]

Puede enviar su queja formal y documentos adicionales para su consideración a cualquiera de los siguientes:

- En línea: [En el sitio web de Liberty en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)]
- Por correo: [Liberty Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]
- Por fax: [Quejas Formales y Apelaciones de Liberty al (833) 250-1814]
- Por teléfono: [Departamento de Servicios para Miembros de [Liberty al (888) 703-6999]
- Por TDD/TTY: [(877) 855-8039]

Puede solicitar la ayuda de un “defensor del paciente” para presentar una queja formal. Para quejas formales que involucren a menores, dependientes o miembros discapacitados que estén incapacitados, padres, tutores, curadores, parientes u otras personas designadas con la autoridad para actuar en nombre del miembro, puede presentar una queja formal ante [Liberty]. [Liberty] solicitará una prueba escrita de tutela activa, cuando sea necesario.

Los asuntos urgentes se pueden enviar al Departamento de Atención Médica Administrada, consulte a continuación “Quejas Formales Y Apelaciones Urgentes”.

Si su inglés es limitado, tiene problemas de comunicación visual o de otro tipo, [Liberty] lo ayudará a presentar una queja formal. La asistencia incluye la traducción de los procedimientos de queja formal, los formularios y las respuestas de [Liberty]. [Liberty] también brinda acceso a intérpretes y a los sistemas de transmisión telefónica para ayudar a las personas con discapacidades a comunicarse.

Tiene ciento ochenta (180) días calendario después de cualquier incidente o acción que sea motivo de su insatisfacción para presentar una queja formal ante [Liberty]. Los representantes [Liberty] revisarán el problema con usted y tomarán las medidas apropiadas para una resolución rápida. Recibirá una carta de acuse de recibo confirmando la recepción de su queja formal dentro de los cinco (5) días calendario. Las quejas formales estándar serán resueltas dentro de los siguientes treinta (30) días calendario.

**Quejas Formales exentas de acuse de recibo y respuesta por escrito:** En algunos casos, el Departamento de Servicios para Miembros de Liberty puede ayudar a resolver quejas formales recibidas por teléfono dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción, pero a más tardar al cierre del siguiente día hábil.

Las quejas formales resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros, dentro del plazo mencionado anteriormente, no requieren un reconocimiento o respuesta por

escrito. Las siguientes categorías no pueden ser resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros de [Liberty] y deben abordarse a través del proceso estándar de quejas formales: disputas de cobertura, apelaciones, tratamiento experimental o de investigación, condiciones o procedimientos insalubres en el consultorio, discriminación potencial y calidad del tratamiento completado.

## **B. QUEJAS FORMALES Y APELACIONES URGENTES (ACELERADAS)**

Puede solicitar una revisión urgente o acelerada de su queja formal o apelación cuando considere que podría estar ante una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo, entre otros, dolor intenso, la posible pérdida de la vida, o una función física importante. Un [dentista con licencia de Liberty] revisará su solicitud para determinar si cumple con los criterios de revisión acelerada. Luego de la revisión y determinación de que su caso califica para una revisión acelerada, [Liberty] resolverá su queja formal o apelación dentro de los tres (3) días calendario posteriores a la recepción, o antes, según la condición.

Si su situación cumple con la definición de urgente según la ley, la revisión de su queja formal o apelación por parte de [Liberty] se realizará lo antes posible. Por lo general, una situación urgente es una situación en la que su salud puede estar en grave peligro o, según la opinión de su médico, usted puede sentir dolor severo que no se puede controlar adecuadamente mientras espera una decisión sobre la revisión externa de su reclamo. Si considera que su situación es urgente, puede solicitar una revisión externa expeditada, poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de [Liberty] al [(888) 703-6999]/TTY: [(877) 855-8039].

**Declaración requerida por el estado de California:** "El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja formal contra su Plan de Salud, debe llamar primero a su Plan de Salud al [(1-888-703-6999)]/TTY: [1-877-855-8039] y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso de queja formal no le prohíbe ningún derecho o recurso legal posible que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja formal que sigue sin resolverse después de más de 30 días, usted puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También es posible que tenga derecho a una revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, este proceso le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud con relación a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(888-466-2219)** y una línea TDD **(877-688-9891)** para las personas con impedimentos de audición o del habla. El sitio web del departamento **www.dmh.ca.gov** incluye formularios para presentar quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea".

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

## **PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR QUEJAS DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (DEPARTAMENTO) DEL ESTADO DE CALIFORNIA**

El Departamento de Atención Médica Administrada ha establecido un número de teléfono gratuito **(888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para que usted lo use en caso de tener una queja en contra de [Health Plan Name], Liberty, o para solicitar la revisión de cancelaciones, rescisiones y no renovaciones bajo las leyes de California y reglas relacionadas. Excepto en los casos de situaciones dentales de emergencia, tal como se describe a continuación, primero debe presentar su queja formal ante [Liberty]. Si no está satisfecho con el resultado de su queja formal o no recibe una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días calendario, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada para que presente una queja contra [Liberty].

**Tenga en cuenta que:** Las quejas del Departamento de Atención Médica Administrada solo se pueden presentar una vez que haya agotado sus derechos de queja formal ante [Liberty]. Sin embargo, usted puede presentar inmediatamente una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada sin tener que presentar primero una queja formal ante [Liberty] en caso de una situación dental de emergencia.

### **C. SU DERECHO A PRESENTAR UNA APELACIÓN:**

**Resoluciones y respuestas de apelaciones:** Una apelación es una solicitud, por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada, para revisar una acción de [Liberty] que haya retrasado, modificado o denegado servicios, en su totalidad o en parte. Las respuestas de apelación por escrito para los servicios denegados por necesidad médica, un beneficio no cubierto u otro criterio, incluirán un lenguaje claro y sencillo, el motivo, los criterios y las políticas dentales para nuestra decisión junto con la disposición aplicable y los números de página de su EOC.

Si no está satisfecho con la determinación de [Liberty], tiene hasta ciento ochenta (180) días calendario a partir de la fecha indicada anteriormente para presentar una apelación. Una apelación le permite presentar información adicional que sea relevante para su reclamo, o estimación previa y solicitar que [Liberty] la revise.

Usted puede incluir documentos, registros u otra información escrita con su apelación. También puede solicitar, sin cargo alguno, copias de todos los documentos, registros y otra información de [Liberty] que sea relevante para su reclamo. [Liberty] revisará la información que usted envíe y reconsiderará su reclamo o estimación previa. Como parte de su apelación, puede solicitar a [Liberty] el nombre de cualquier experto médico u otra persona a la que [Liberty] haya pedido consejo mientras reconsideraba su reclamo o estimación previa.

Puede enviar su apelación y materiales adicionales para su consideración a cualquiera de los siguientes:

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- **En línea:** [En el sitio web de Liberty en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)]
- **Por correo:** [Liberty Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]
- **Por correo electrónico:** [[GandA@libertydentalplan.com](mailto:GandA@libertydentalplan.com)]
- **Por fax:** [Quejas Formales y Apelaciones de Liberty al (833) 250-1814]
- **Por teléfono:** [Departamento de Servicios para Miembros de Liberty al (888) 703-6999]
- **Por TDD/TTY:** [(877) 855-8039]
- **En persona:** [1730 Flight Way, Ste. 125, Tustin, CA 92782]

## D. MEDIACIÓN

También puede solicitar una mediación voluntaria con [Liberty] antes de ejercer su derecho de presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada. El uso de la mediación no descarta su derecho de presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada después de finalizar la mediación. Con el fin de iniciar la mediación, usted o su agente debe aceptar voluntariamente el proceso de mediación. Los gastos de la mediación se dividirán en partes iguales entre usted y [Liberty].

## E. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)

Los casos denegados por [Liberty], por servicios cubiertos que no son médicamente necesarios, tratamientos experimentales o de investigación, o disputas de pago por servicios de emergencia, pueden ser elegibles para el programa de Revisión Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada.

La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos. Se incluirá un formulario IMR con su carta de resolución de apelación si su apelación fue denegada debido a necesidad médica, tratamiento experimental o de investigación, o si se trata de una disputa de pago por servicios de emergencia. También puede obtener una copia del formulario IMR de cualquiera de las siguientes maneras:

- **En línea:** [[www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)], bajo una queja formal o apelación
- [En este documento EOC bajo el Anexo 2 "FORMULARIOS"]
- **Por correo:** [Liberty Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]
- **Por correo electrónico:** [[GandA@libertydentalplan.com](mailto:GandA@libertydentalplan.com)]
- **Por fax:** [Quejas Formales y Apelaciones de Liberty al (833) 250-1814]
- **Por teléfono:** [Departamento de Servicios para Miembros de Liberty al (888) 703-6999]
- **Por TDD/TTY:** [(877) 855-8039]
- **En persona:** [1730 Flight Way, Ste. 125, Tustin, CA 92782]

También puede solicitar los formularios del Departamento de Atención Médica Administrada. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada llamando al 1-888-466-2219, TDD/TTY: 1-877-688-9891 o visitando su sitio web

en: [www.dmh.ca.gov](http://www.dmh.ca.gov). Puede leer más sobre el proceso de IMR, en la **Declaración requerida de California** que se detalla en la página anterior.

## F. ARBITRAJE

Si usted o uno de sus dependientes elegibles no están satisfechos con los resultados del proceso de resolución de quejas formales de [Liberty], y todos los procedimientos de resolución de quejas formales se han agotado, el asunto puede someterse al proceso de arbitraje vinculante para su resolución. Usted o uno de sus dependientes elegibles puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada para su revisión y resolución antes de cualquier arbitraje.

Como condición de su membresía en [Liberty], las disputas que surjan de su participación como miembro de [Liberty] o se relacionen con ella, incluida la responsabilidad contractual o médica o la mala praxis (por ejemplo, si los servicios cubiertos prestados fueron innecesarios o no autorizados, o si se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente) se resolverán mediante arbitraje vinculante.

Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.

El arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con las reglas comerciales de la Asociación Americana de Arbitraje (AAA) vigentes al momento de ocurrir la queja formal (disputa o controversia) y sujeto a las leyes de California y códigos relacionados.

El arbitraje será conducido por un árbitro mutuamente aceptable seleccionado por las partes, o si las partes no pueden llegar a un acuerdo, por el proceso de selección de árbitros establecido por la AAA.

Puede iniciar el arbitraje enviando una solicitud de arbitraje por escrito a [Liberty].

- Envíelo por correo postal a:  
[Liberty Dental Plan  
Attn.: Solicitud de Arbitraje  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110]

La solicitud por escrito debe incluir una declaración clara que describa la naturaleza de la disputa, los intentos de resolver la disputa con [Liberty], la compensación o el remedio buscado y el monto en dólares involucrado. El arbitraje tendrá lugar en California, a menos que las partes acuerden mutuamente otro lugar.

Al árbitro se le requiere que siga las leyes estatales y federales correspondientes. El árbitro puede interpretar los términos de esta EOC, pero no tendrá el poder para cambiarla, modificarla o rechazar la aplicación de cualquiera de sus términos, y el árbitro tampoco tendrá la autoridad de adjudicar cualquier compensación que no estaría disponible en

un tribunal. El árbitro tendrá el poder de otorgar todos los recursos legales y equitativos y otorgar daños compensatorios previstos por la ley de California, excepto que no se otorgarán daños punitivos. Al concluir el arbitraje, el árbitro emitirá una declaración y adjudicación por escrito de acuerdo a las conclusiones de hecho y derecho. La adjudicación será final y vinculante para todas las partes excepto hasta donde lo dispongan las leyes estatales y federales para la revisión judicial de procedimientos de arbitraje.

Debe pagar las cuotas de su propio abogado, en caso de que elija tener uno. [Liberty] tendrá que pagar las cuotas de su propio abogado. Si no puede pagar su parte de las cuotas y gastos del árbitro debido a dificultades extremas, puede solicitar a [Liberty] por escrito que asuma la totalidad o una parte de las cuotas que le corresponde. Con dicha notificación por escrito, [Liberty] puede enviar su solicitud a una organización profesional independiente de resolución de disputas para determinar si [Liberty] debe pagar una parte o la totalidad de su parte de las cuotas y gastos del árbitro. Dichas solicitudes deben presentarse a la dirección indicada anteriormente.

El arbitraje debe iniciarse dentro de un (1) año a partir de la fecha en que surgió, se descubrió o debería haberse descubierto la disputa con diligencia razonable, lo que suceda primero; en caso contrario, se tendrá por renunciada y prescrita para siempre.

## **XI. OTRAS DISPOSICIONES**

### **A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Como miembro de Liberty, siempre recibirá sus beneficios. Liberty no considera que su plan sea secundario a cualquier otra cobertura que pueda tener. Tiene derecho a recibir los beneficios que se enumeran en este documento EOC a pesar de cualquier cobertura adicional que pueda tener. Sin embargo, cualquier cobertura de Covered California que tenga, y que se incluye en un plan de salud de servicios completos, actuará como pagador primario cuando tenga un beneficio dental pediátrico suplementario a través de un plan de beneficios familiares.

### **B. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS**

Si se considera que los servicios, que de otro modo están cubiertos en virtud de este Plan de Grupo, son necesarios debido a un accidente de trabajo o que son la responsabilidad de un tercero, usted acepta cooperar en los procesos de [Liberty] para ser reembolsado por estos servicios.

### **C. COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA**

Liberty tiene un grupo que se llama Comité de Política Pública. Este grupo está compuesto por miembros, personal de apoyo y nuestro Director Dental. El grupo analiza las políticas de Liberty y es responsable de:

- Recomendar maneras de servir mejor a nuestros miembros
- Revisar las métricas de calidad para asegurar la satisfacción de los miembros
- Sugerir mejoras a los programas de Liberty
- Revisar informes financieros de Liberty

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Unirse a este grupo es voluntario y se le pagará por cada reunión a la que asista. Si desea participar en el Comité de Políticas Públicas de Liberty, llámenos o envíenos un correo electrónico o puede completar la Solicitud del Comité de Políticas Públicas incluida en el Anexo 2 "FORMULARIOS" y devolverla a Liberty, con la información que se detalla a continuación.

- Por correo postal:  
Liberty Dental Plan of California  
Public Policy Committee (QM Department)  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110
- Por teléfono: (888) 703-6999 o TTY (888) 855-8039
- Por fax: (888) 334-6027
- Por correo electrónico a: [QM@libertydentalplan.com](mailto:QM@libertydentalplan.com)
- En línea: Visite <https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Facing-Committee.aspx>.

#### **D. COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

La ley de California establece que usted puede solicitar comunicaciones confidenciales con respecto a la recepción de servicios delicados. Estos tipos de servicios pueden incluir:

- Facturas e intentos de cobro.
- Un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios.
- Un Aviso de Explicación de Beneficios.
- La solicitud de un plan para información adicional con respecto a un reclamo.
- Un aviso de un reclamo impugnado.
- El nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios recibidos y otra información relacionada con una consulta.
- Cualquier comunicación verbal, escrita o electrónica del Plan que contenga información médica protegida.

Para solicitar comunicaciones confidenciales de Liberty para cualquiera de los servicios enumerados, llame al Departamento de Servicios para Miembros o puede enviar una solicitud por escrito por correo o fax a cualquiera de los siguientes:

- En línea: [En el sitio web de Liberty en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)]
- [Descargue nuestra aplicación móvil en su Smartphone]
- Por correo: [Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]
- Por fax: [(949) 270-0101]
- Por teléfono: [Departamento de Servicios para Miembros de Liberty al (888) 703-6999]
- Por TDD/TTY: [(877) 855-8039]

#### **E. NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN**

- La discriminación es ilegal. Liberty Dental Plan (Liberty) cumple las leyes de derechos civiles estatales y federales. Liberty no discrimina ilegalmente, excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Liberty brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como por ejemplo:
  - ✓ Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
  - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios gratuitos de idioma a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  - ✓ Intérpretes calificados
  - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) llamando al [(888) 703-6999]. O, si no puede oír o hablar bien, llame al [(877) 855-8039].

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL**

Si usted considera que [Liberty] no ha brindado alguno de estos servicios o ha discriminado ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante el [Coordinador de Derechos Civiles de Liberty]. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al [Coordinador de Derechos Civiles de Liberty], de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) llamando al [888-704-9833]. O, si no puede oír o hablar bien, llame al [(877) 855-8039].
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:  
Liberty Dental Plan, Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110
- En persona: Visite el consultorio de su médico o [Liberty] y diga que desea presentar una queja formal.
- Electrónicamente: Visite el [sitio web de LIBERTY en la sección [\[Presentar una queja formal o apelación\]](#)].

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE CALIFORNIA**

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.
- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a:  
**Michele Villados**  
**Director Adjunto, Oficina de Derechos Civiles**  
**Department of Health Care Services**  
**Office of Civil Rights**  
**P.O. Box 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**
- Puede obtener formularios de quejas en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Si considera que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito, o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame a **TTY/TDD 1-800-537-7697**
- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a:  
**U.S. Department of Health and Human Services**  
**200 Independence Avenue,**  
**S.W. Room 509F, HHH Building**  
**Washington, D.C. 20201**
- Puede obtener formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Electrónicamente: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

## F. DERECHOS DEL MIEMBRO

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
- Recibir información sobre su Plan, los servicios que este le ofrece y los Proveedores de Atención Médica disponibles para atenderlo.
- Sugerir recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los afiliados al Plan.
- Recibir información sobre todos los servicios de atención médica disponibles, incluyendo una explicación clara sobre cómo acceder a ellos y si el Plan podría imponer ciertas limitaciones a dichos servicios.
- Conocer los costos de su atención médica y saber si ha alcanzado su deducible o el máximo de gastos de bolsillo.
- Elegir un proveedor de atención médica dentro de la red de su Plan y cambiar a otro médico dentro de la misma red si no está satisfecho.
- Recibir atención médica oportuna y geográficamente accesible.
- Tener una cita oportuna con un proveedor de atención médica dentro de la red de su Plan, incluyendo especialistas.
- Tener una cita con un proveedor de atención médica fuera de la red de su Plan cuando este no pueda ofrecer acceso oportuno a la atención con un proveedor dentro de la red.
- Ciertas adaptaciones relacionadas con su discapacidad, incluyendo:
  - Acceso equitativo a los servicios médicos, lo cual incluye salas de examen y equipos médicos accesibles en el consultorio o establecimiento del proveedor de atención médica.
  - Acceso completo e igualitario, como el resto del público, a las instalaciones médicas.
  - Tiempo adicional para las consultas si lo necesita.
  - Ingresar con su animal de servicio a las salas de examen.
- Adquirir un seguro de salud o determinar la elegibilidad para Medi-Cal a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California, Covered California.
- Recibir una atención considerada y cortés, y ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir atención médica culturalmente competente, incluyendo, entre otros aspectos:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- Atención médica inclusiva para personas trans, que comprende todos los servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o condiciones intersexuales.
  - Ser llamado por el nombre y pronombre de su preferencia.
- Recibir de su proveedor de atención médica, previa solicitud, toda la información pertinente sobre su problema de salud o condición médica, el plan de tratamiento y cualquier alternativa de tratamiento adecuada o médicamente necesaria que se proponga.
- Esta información incluye los resultados esperados disponibles, independientemente del costo o de la cobertura del beneficio, para que pueda tomar una decisión informada antes de recibir el tratamiento.
- Participar junto con sus proveedores de atención médica en la toma de decisiones sobre su salud, incluyendo otorgar su consentimiento informado al recibir tratamiento. Siempre que la ley lo permita, también tiene derecho a rechazar un tratamiento.
- Una conversación sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para su condición, sin importar el costo o si están cubiertas por el plan de beneficios.
- Recibir cobertura de atención médica incluso si tiene una condición preexistente.
- Recibir tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por uso de sustancias.
- Recibir ciertos servicios de salud preventiva, muchos de los cuales están exentos de copagos, coseguros o deducibles.
- No tener límites anuales ni de por vida en dólares para los servicios básicos de atención médica.
- Ser notificado sobre un aumento o cambio de tarifa excesivo, según corresponda.
- Protección contra cobros indebidos por parte de un proveedor de atención médica.
- Solicitar a su Plan una segunda opinión por parte de un profesional de la salud debidamente calificado.
- Esperar que su Plan mantenga la confidencialidad de su información médica personal conforme a sus políticas de privacidad y a las leyes estatales y federales.
- Solicitar a la mayoría de los proveedores de atención médica información sobre quién ha recibido su información médica personal.
- Solicitar a su Plan o a su médico que se comuniquen con usted solo de determinadas maneras o en ciertos lugares.
- Proteger su información médica relacionada con servicios sensibles.
- Obtener una copia de sus registros médicos y añadir observaciones personales. Puede solicitarle a su médico o a su plan de salud que corrijan la información en su historial médico si no es correcta o está incompleta. Su médico o su plan de salud pueden rechazar su solicitud. Si esto sucede, puede agregar una declaración a su expediente explicando la información.

- Contar con un intérprete que hable su idioma en todos los puntos de contacto cuando reciba servicios de atención médica.
- Contar con un intérprete sin costo alguno.
- Recibir materiales escritos en su idioma preferido, cuando así lo exija la ley.
- Recibir información de salud en un formato accesible si usted es ciego, sordo o tiene baja visión.
- Solicitar la continuidad de la atención si su proveedor de atención médica o grupo médico deja su plan o si usted es un nuevo miembro.
- Tener una Directiva Anticipada de Atención Médica.
- Estar plenamente informado sobre el procedimiento de quejas formales de su Plan y comprender cómo utilizarlo sin temor a que se interrumpa su atención médica.
- Presentar una queja formal, reclamo o apelación en su idioma preferido sobre:
  - Su Plan o proveedor de atención médica.
  - Cualquier atención médica que reciba o acceso a la atención que solicite.
  - Cualquier decisión que tome su Plan sobre un servicio o beneficio cubierto.
  - Cargos o facturas indebidas por atención médica.
  - Cualquier denuncia de discriminación por identidad o expresión de género, o por denegaciones, demoras o modificaciones indebidas en la atención médica inclusiva para personas trans, incluidos los servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o condiciones intersexuales.
  - alguna insatisfacción sobre sus necesidades lingüísticas.
- Conozca el motivo por el cual su Plan ha denegado un servicio o tratamiento.
- Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada si tiene dificultades para acceder a los servicios de salud o si tiene preguntas sobre su Plan.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente si su Plan ha denegado, modificado o retrasado un servicio de atención médica.

## **RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Tratar con respeto y dignidad a todos los proveedores de atención médica, al personal de los proveedores y al personal del Plan.
- Compartir, en la medida de lo posible, la información necesaria con su Plan y sus proveedores de atención médica para ayudarle a recibir la atención adecuada.
- Participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente con sus proveedores de atención médica y seguir los planes e indicaciones de tratamiento en la medida de lo posible.
- En la medida de lo posible, asistir a todas sus citas programadas y llamar a su proveedor de atención médica si va a llegar tarde o necesita cancelarla.
- Abstenerse de presentar reclamos o información falsas, fraudulentas o engañosas a su Plan o proveedores de atención médica.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- Notificar a su Plan si hay algún cambio en su nombre, dirección o en los miembros de su familia cubiertos por su Plan.
- Pagar puntualmente las primas, copagos y cargos por servicios no cubiertos.
- Notificar a su Plan lo antes posible si recibe un cobro inapropiado.

## **G. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS**

Como se ha indicado a lo largo de este documento, usted no necesita presentar reclamos directamente ante Liberty. Sus servicios dentales generales se programan con el PCD participante, quien a su vez presenta los reclamos en su nombre.

Los servicios prestados por un dentista especializado se reportan a Liberty por medio del mismo dentista especializado. Si recibe servicios fuera de la red debido a una situación de emergencia fuera del horario de oficina o fuera del Área de Servicio, consulte la sección anterior para ver cómo presentar sus gastos a [Liberty] para recibir el reembolso ("**Reembolso para servicios dentales de emergencia**").

## **H. DONACIÓN DE ÓRGANOS**

- El Departamento de Atención Médica Administrada requiere a [Liberty] que le informe que usted tiene a su disposición opciones para donar órganos. La donación de órganos tiene muchos beneficios para la sociedad, y quizás desee considerar esta opción en caso que alguna situación de salud se convierta en la oportunidad de hacerlo. Puede obtener más información sobre la donación de órganos en <http://donatelife.net/>

## **• SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES**

Es política de Liberty que todas las decisiones de revisión clínica realizadas por el personal o los contratistas se basen únicamente en la idoneidad de la atención, los servicios y la existencia de cobertura. Los servicios solo pueden ser denegados por necesidad médica, por un dentista debidamente autorizado y calificado, que trabaje dentro de los criterios y pautas clínicas escritas de Liberty. Las necesidades individuales de los miembros, así como las características del sistema de entrega local, son considerados plenamente durante el proceso de revisión. Liberty no recompensa a los revisores dentales por emitir denegaciones de cobertura o atención, ni ofrece incentivos que generen barreras para el acceso a la atención o a los servicios, o que fomenten el uso limitado de los mismos. El personal del Departamento de Gestión de Utilización de Liberty firma anualmente una certificación que confirma que se tomaron decisiones de revisión únicamente sobre la base de la idoneidad de la atención, los servicios y la existencia de cobertura.

## **XII. PLAN DE CUMPLIMIENTO**

### **A. OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO**

- Liberty se dedica a garantizar que cumple con todas las leyes, normas, reglamentos y procedimientos federales y estatales aplicables, incluidos los requisitos del mercado de seguros de salud, de manera oportuna y eficaz. Se espera que todos los miembros, funcionarios, empleados, contratistas, proveedores y miembros de la Junta Directiva de Liberty cumplan con estos diversos requisitos legales.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Por estas razones, Liberty ha desarrollado e instituido un Plan de Cumplimiento Corporativo. El Plan de Cumplimiento Corporativo está diseñado para garantizar que Liberty cumpla con todas las obligaciones legales y contractuales de manera justa, precisa y consistente.

El Plan de Cumplimiento Corporativo no solo aborda el fraude, el desperdicio y el abuso de la atención médica, sino también los requisitos y obligaciones establecidos por los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), el empleo, los informantes y las leyes de seguros.

Las políticas y procedimientos de Liberty para preservar la confidencialidad de los registros médicos y dentales están disponibles a solicitud.

## B. DEFINICIONES

- **Fraude:** incluye, pero no se limita a, “hacer a sabiendas o hacer que se realice cualquier reclamo falso o fraudulento para el pago de un beneficio de atención médica.” El fraude también incluye el fraude o la tergiversación por parte de un miembro con respecto a la cobertura de personas y el fraude o el engaño en el uso de los servicios o instalaciones de Liberty o el hecho de permitir deliberadamente dicho fraude o engaño por parte de otra persona.
- **Despilfarro:** significa el gasto irreflexivo o descuidado, el consumo, la mala gestión, el uso o el derroche de recursos. El despilfarro también incluye incurrir en costos innecesarios debido a prácticas, sistemas o controles ineficientes o ineficaces. El despilfarro normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.
- **Abuso:** significa el uso excesivo o inadecuado de algo, o el uso de algo de manera contraria a las reglas naturales o legales para su uso; la destrucción intencional, desviación, manipulación, mala aplicación, maltrato o mal uso de los recursos; o uso extravagante o excesivo para abusar de la posición o autoridad de uno. El “abuso” normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.

## C. POLÍTICA

La política de Liberty es revisar e investigar todas las acusaciones de fraude, despilfarro y abuso, ya sea interno o externo, tomar medidas correctivas para cualquier alegación respaldada e informar una conducta indebida confirmada a las partes apropiadas, tanto internas como externas.

## D. REPORTE DE POSIBLES FRAUDES

[Liberty] ha establecido una línea telefónica directa exclusiva para reportar fraudes: [(888) 704-9833]/TTY: [(877) 855-8039]. La línea telefónica para reportar fraudes ofrece la oportunidad de reportar de manera anónima y confidencial las sospechas razonables y de buena fe sobre fraudes o preocupaciones. Esta línea telefónica es monitoreada por un miembro designado del [Comité de Cumplimiento Corporativo de Liberty].

Toda la información reportada en la línea telefónica anónima se reenvía al equipo de [control de calidad de Liberty] para realizar una investigación exhaustiva.

- [Línea directa de cumplimiento corporativo de Liberty: [(888) 704-9833]/TTY [(877) 855-8039]
- [Correo electrónico de la Unidad de Cumplimiento de Liberty: [[compliance@libertydentalplan.com](mailto:compliance@libertydentalplan.com)]]
- [Línea directa de la Unidad de Investigaciones Especiales de Liberty: [(888) 704-9833]
- [Correo electrónico de la Unidad de Investigaciones Especiales de Liberty: [[SIU@libertydentalplan.com](mailto:SIU@libertydentalplan.com)]]

El Presidente del Comité y el Director de Cumplimiento, en conjunto con el Asesor Jurídico, determinan si Liberty tomará alguna medida adicional, que pueden incluir, entre otros:

- El suministro de información, con fines educativos, al proveedor participante que describe el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta.
- Buscar el reembolso del proveedor participante de cualquier monto pagado por Liberty en relación con el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta.
- La terminación del contrato del proveedor vigente entre Liberty y el proveedor participante.
- Reportar el asunto a un organismo gubernamental apropiado, incluyendo, entre otros, la Junta Estatal de Examinadores Dentales y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

**Liberty Dental Plan of California, Inc.**

[P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110]  
[(888) 703-6999]



---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Liberty atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

**Anexo 1:**

**LISTA DE BENEFICIOS  
SERVICIOS CUBIERTOS**

**[Insertar la Lista de Beneficios del Plan Dental Familiar HMO de Liberty Dental Plan]**

**[La Lista de Beneficios específica de su plan se brinda en un documento separado]**

**Anexo 2:**

**FORMULARIOS**

**[Formulario de Quejas Formales y Apelaciones**

**Formulario de IMR**

**Formulario de políticas públicas]**

**Anexo 3:**

**PRIMA, CUOTAS DE PREPAGO  
Y CARGOS**

**[La prima de su grupo y otros cargos y cuotas se proporcionan al patrocinador del grupo]**

**Anexo 4:**

**[Inserte el AVISO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE IDIOMAS]**