



CONSTANCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE GRUPO

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Esta Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación le proporciona la siguiente información:

- * Las ventajas de LIBERTY Dental Plan y cómo usted puede utilizar sus beneficios
- * La evidencia de cobertura
- * Cómo inscribirse en el plan
- * Respuestas a preguntas frecuentemente hechas

Información requerida por el estado de California referente a su plan dental.
PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR QUEJAS DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (DMHC) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

El DMHC ha establecido un número gratuito para que usted como miembro pueda utilizarlo para presentar una queja en contra del plan de servicio de atención médica. El número es **888-HMO-2219**. Como miembro usted puede presentar una queja en contra de LIBERTY Dental Plan; pero, sólo lo puede hacer después de haberse comunicado con el plan directamente para utilizar su procedimiento de resolución de quejas.

Un miembro puede de inmediato presentar una queja con el DMHC de California en caso de una situación de emergencia dental. Además, el miembro también puede presentar una queja en caso de que el plan no resuelva la queja de manera satisfactoria dentro de treinta (30) días de haber presentado la queja al plan de servicio de atención médica.

Este folleto le proporcionará la información necesaria en caso que desee saber más sobre su Plan Dental. Le explica claramente cómo funciona y las muchas ventajas que LIBERTY Dental Plan le ofrece.

LOS BENEFICIOS DE LIBERTY Dental Plan SON FÁCILES DE USAR

Los beneficios dentales deben ser fáciles de usar para usted y su familia. Nuestros planes ofrecen cobertura dental extensa sin tener que usar formularios para reclamos, deducibles prohibitivos ni límites máximos anuales restrictivos.

La diferencia con LIBERTY Dental Plan: buena selección de proveedores, clara comunicación y lo más importante, requiere que los dentistas se adhieran a los estándares del contrato que firmaron con el plan.

Esta es la diferencia con LIBERTY Dental Plan. Tenemos una comunicación abierta y proporcionamos apoyo excelente a nuestro panel de dentistas participantes.

Nuestro objetivo es brindarle los beneficios dentales completos que usted compró. Nos comprometemos a apoyar su elección de LIBERTY Dental Plan ofreciéndole confianza con el excelente servicio al cliente que usted merece. Después de todo, de esto se trata ¿verdad?

Con LIBERTY Dental Plan, usted recibe beneficios dentales de calidad a un precio muy razonable.

BENEFICIOS DE LIBERTY Dental Plan

- * **No hay formularios de reclamos**
- * **No hay deducibles ni límites máximos**
- * **Bajos costos fuera de su bolsillo**
- * **Dentistas y especialistas que pasan por un proceso de selección antes de ser contratados**
- * **Red de proveedores multilingües**
- * **Cambio de dentista seleccionado en cualquier momento**
- * **Cobertura ortodóntica**
- * **Mayoría de las condiciones preexistentes cubiertas**
- * **Red de Dentistas que proporcionan acceso a Atención en Caso de Emergencia las 24 horas**
- * **Líneas Gratuitas de Asistencia a Miembros**

Las personas con impedimentos auditivos o del habla pueden utilizar el número gratuito del Servicio de Retransmisión de California llamando al (800) 735-2929 (TTY) u (888) 877-5378 (TTY) para comunicarse con el departamento.

Este libro incluye su Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación. Por favor mantenga esto junto con sus archivos y su Programa de Beneficios,

ya que incluye los copagos para el miembro, exclusiones y limitaciones de los beneficios y provisiones adicionales de su plan dental.

Este es un resumen de cómo su plan LIBERTY Dental funciona. Esta Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación le ayudará a entender correctamente su plan dental.

Esta Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación es sólo un resumen del plan dental. El acuerdo entre LIBERTY Dental Plan of California, Inc. y el Empleador debe ser consultado para determinar los términos y las condiciones de cobertura exactos y puede proporcionarse cuando lo solicite.

SEGUNDA OPINIÓN

Usted puede pedir una segunda opinión cuando sea indicado, sin costo a usted, simplemente comuníquese directamente con Servicios para Miembros llamando al número gratuito (888) 703-6999 o por correo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110. Su dentista de atención primaria también puede solicitar una segunda opinión en su nombre enviando un formulario de referencia estándar para especialistas o para atención ortodóntica y las radiografías apropiadas. Todas las solicitudes para una segunda opinión son aprobadas por LIBERTY Dental Plan dentro de cinco (5) días de la fecha en que se reciba tal solicitud. En cuanto sea aprobada, LIBERTY Dental Plan hará los arreglos necesarios para la segunda opinión dental y le informará a su dentista de sus preocupaciones. Se le avisará de los arreglos para que pueda hacer una cita. Si lo solicita, usted puede obtener una copia de la descripción de la póliza sobre segundas opiniones dentales de LIBERTY Dental Plan.

SU PLAN DENTAL

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DÓNDE Y DE CUÁL GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER ATENCIÓN DE SALUD.

LIBERTY Dental Plan ha estado proporcionando y administrando beneficios dentales en California por más de veinticinco (25) años. LIBERTY Dental Plan está en trámites de ampliar nuestro panel estatal de dentistas participantes y especialistas para satisfacer las necesidades de nuestros clientes.

Nuestra meta es proporcionarles a los californianos beneficios dentales apropiados, prestados por profesionales dentales altamente calificados en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de LIBERTY Dental Plan que trabajan en sus propias oficinas han sido sometidos a un procedimiento estricto de revisión, investigación y evaluaciones de consultorio. Además, cada dentista participante en LIBERTY Dental Plan debe adherirse a las normas estrictas del contrato. Todos los dentistas pasan por el proceso de selección y se revisan con regularidad. Nuestro Departamento de Relaciones de Proveedores realiza un programa de asesoramiento de calidad, el cual incluye administración continua del contrato para asegurar que los dentistas cumplan con la educación continua, accesibilidad para miembros, planificación apropiada de diagnóstico y tratamiento. Además, hacemos encuestas al azar a los miembros para evaluar sus opiniones sobre nuestro plan dental en general. Estos incluyen los dentistas de atención primaria (dentistas generales) y Especialistas. Su Dentista de Atención Primaria le proporcionará toda la atención dental necesaria, incluyendo referencias a especialistas si es necesario.

Cuando se inscribe en LIBERTY Dental Plan, usted debe elegir a un Dentista de Atención Primaria. Si desea hacer cambios, los puede hacer cuando guste. (Le informamos que: Su solicitud para cambiar de dentistas no será procesada si tiene un saldo con su dentista actual.) Simplemente comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito (888) 703-6999 o solicite su cambio escribiendo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110. Su solicitud para cambiar de Dentista de Atención Primaria estará en efecto el primer (1er) día después del mes en que LIBERTY Dental Plan recibió la solicitud para hacer el cambio si se recibe antes del día veinte (20) del mes actual.

AVISO: Las personas inscribiéndose en los planes CA80, CA90, Prestige II o Prestige III no necesitan seleccionar a un Dentista de Atención Primaria cuando se inscriben. Para obtener acceso bajo uno de estos planes, simplemente comuníquese con el proveedor de LIBERTY Dental Plan que está contratado para proporcionar los servicios bajo el plan seleccionado y haga una cita. El Dentista de Atención Primaria se comunicará con LIBERTY Dental Plan para verificar su elegibilidad. Liberty Dental Plan no recibe ningún tipo de incentivo económico o bono, los miembros que deseen recibir más información sobre este tema pueden solicitarla al plan de servicio o a su proveedor.

Todos los servicios y beneficios descritos en este libro están cubiertos sólo si son proporcionados por un Dentista de Atención Primaria o Especialista que participa en LIBERTY Dental Plan. Usted no es responsable del costo de ninguno de los servicios dentales que cubre su plan y bajo ninguna circunstancia le pueden enviar una factura de un proveedor o consultorio

dental participante. Si le envían una factura por servicios que cubre su plan dental de un proveedor o consultorio dental, Liberty Dental Plan es responsable de todos esos cargos y costos. La única vez que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales en caso de emergencia tales como descritos en “Atención Dental en caso de Emergencia”. Si recibe tratamiento o servicio dental que no sea de emergencia de un proveedor no participante, podría ser responsable de todo o parte de su costo.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE NUESTRAS PÓLIZAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE ARCHIVOS MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE PROPORCIONARÁ SI LA SOLICITA.

QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE

Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en LIBERTY Dental Plan. Usted debe vivir en el área de servicio del plan. Las personas elegibles para el plan grupal también deben reunir los requerimientos para elegibilidad de su empleador.

- * Puede inscribir a su cónyuge
- * Sus hijos solteros dependientes (incluyendo hijos adoptados) que son menores de veintiséis (26) años y otros hijos dependientes si su grupo proporciona beneficios para esos dependientes
- * Hijos incapacitados dependientes de usted para apoyo que no pueden mantenerse por sí mismos debido a alguna incapacidad física o mental. Usted debe comprobar la incapacidad al momento de inscripción
- * Nuevos dependientes tales como nuevo cónyuge, hijos adoptados o hijos recién nacidos

QUÉ SI TENGO UNA PREGUNTA SOBRE MI PLAN DENTAL

LIBERTY Dental Plan proporciona acceso telefónico gratis a miembros cubiertos. Simplemente llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Nuestros representantes de Servicios para Miembros con gusto lo atenderán y le proporcionarán la información necesaria o le ayudarán a resolver su pregunta. **Llame al (888) 703-6999, entre las horas de 8:00 a.m. y 5:00 p.m. (PST) lunes a viernes.**

CÓMO PUEDO OBTENER ATENCIÓN DENTAL

Usted debe elegir a un Dentista de Atención Primaria cuando se inscribe en el plan. (Vea el aviso bajo “Su Plan Dental” sobre seleccionando un Dentista de Atención Primaria para los planes CA80, CA90, Prestige II y Prestige

III.) Este dentista será responsable de proporcionar las necesidades de atención dentales para usted y su familia, esto incluye las referencias a especialistas si son necesarias (recuerde que puede cambiar de dentistas a cualquier momento llamando a LIBERTY Dental Plan o solicitando el cambio por escrito). Un directorio de dentistas participantes se le enviará si lo solicita.

Puede elegir a cualquier proveedor contratado en LIBERTY Dental Plan que acepte su plan. Sin embargo, tal vez querrá considerar elegir uno cerca de su casa o trabajo. Usted y su familia tendrán que usar al mismo dentista.

Como miembro, usted debe poder hacer una cita para cuidado dental higiénico o de rutina dentro de tres semanas de la fecha en que la solicita. Esto podría variar dependiendo en los horarios disponibles.

CÓMO HACER UNA CITA

Después de completar su formulario de inscripción, usted será elegible para recibir atención dental el primer día del mes después de que LIBERTY Dental Plan reciba su solicitud de inscripción y notificación de elegibilidad por su empleador o administrador del grupo.

Asegúrese de identificarse como miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame al dentista para hacer su cita. También le aconsejamos que mantenga esta información a la mano y que la lleve consigo junto con el Programa de Beneficios y limitaciones y exclusiones aplicables cuando vaya a su cita. De esta manera puede consultar los beneficios y copagos aplicables que son los gastos fuera de su bolsillo, que se aplican a su plan.

CÓMO PRESENTO UN FORMULARIO DE RECLAMOS

No se tiene que preocupar ni completar reclamos con su plan. LIBERTY Dental Plan les paga por adelantado a los Dentistas de Atención Primaria por los servicios cubiertos (menos cualquier copago que se aplique a su plan).

ES NECESARIO OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA

No es necesario obtener autorización previa para obtener servicios dentales de parte de su Dentista de Atención Primaria. El Dentista de Atención Primaria tiene la autoridad para hacer la mayoría de las determinaciones de cobertura. Las determinaciones de cobertura se logran mediante evaluaciones extensas orales que son cubiertas bajo su plan. Su Dentista de Atención Primaria es responsable de comunicarle los resultados de su evaluación oral extensa y de avisarle de los beneficios disponibles y los costos asociados.

Si su Dentista de Atención Primaria enfrenta una situación que requiere de los servicios de un especialista, LIBERTY Dental Plan requiere presentar una preautorización, a la cual responderemos dentro de cinco (5) días hábiles después de recibirla, a menos que sea urgente.

Si usted o su Dentista de Atención Primaria enfrentan una condición urgente donde existe una amenaza eminente y grave a su salud, incluyendo pero no limitada a la posible pérdida de vida, extremidad, u otra función corporal principal o el tiempo normal para el proceso de tomar una decisión como fue descrito anteriormente sería perjudicial para su vida o salud, la respuesta a esta petición para referencia no debe exceder setenta y dos (72) horas del momento en que recibimos tal información. La decisión de aprobar, modificar o de negar será comunicada al Dentista de Atención Primaria dentro de veinticuatro (24) horas de la decisión. En caso de que la revisión sea retrospectiva, la decisión será comunicada a la persona inscrita dentro de treinta (30) días del recibo de la información.

En caso de que necesite ser visto por un especialista, LIBERTY Dental Plan sí requiere autorización previa de los beneficios. Su Dentista de Atención Primaria es responsable de obtener autorización por usted para que pueda recibir atención especializada.

En el caso de que no haya proveedores especialistas contratados listados en el Directorio de Proveedores en su condado, los beneficios serán proporcionados a usted como si los proveedores especializados fueran contratados con el plan.

Si su preautorización para una referencia a un especialista es negada o usted no está satisfecho con la preautorización, por favor consulte la página 10, PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS.

REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

En casos donde la preautorización es negada por un Proveedor de LIBERTY Dental Plan, los suscritos pueden pedir un formulario para una revisión médica independiente de su caso comunicándose con LIBERTY Dental Plan al (888) 703-6999 o escribiendo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110. También puede solicitar formularios del Departamento de Atención Administrada de la Salud. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud llamando al (888) HMO-2219 o visitando su página de Internet en: <http://www.hmohelp.ca.gov>.

ATENCIÓN DENTAL EN CASO DE EMERGENCIA

Todas las oficinas dentales de Atención Primaria afiliadas con LIBERTY Dental Plan proporcionan servicios de atención dental en caso de emergencia las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana.

En caso de que necesite atención dental en caso de emergencia, comuníquese con su Dentista de Atención Primaria para hacer una cita de inmediato. Para condiciones dentales urgentes o inesperadas que ocurren después de horas de oficina o en los fines de semana, comuníquese con su Dentista de Atención Primaria para instrucciones sobre qué hacer.

Si después de intentar comunicarse con su Dentista de Atención Primaria le informan que él o ella no está disponible, simplemente comuníquese con un dentista licenciado para obtener atención. Liberty Dental le reembolsará los gastos dentales incurridos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75.00), menos cualquier copago aplicable.

El Plan proporciona cobertura para emergencias dentales sólo si los servicios se requieren para aliviar dolor severo o si está sangrando o si la persona inscrita cree razonablemente que la condición puede causar incapacidad, disfunción o muerte si no se diagnostica ni se le da tratamiento.

Servicio y atención Dental en caso de Emergencia incluye (*cubiertos por LIBERTY Dental Plan*), como lo define el Código de Salud y Seguridad de California, una revisión dental, examen, evaluación por un dentista o especialista dental para determinar si la condición dental de emergencia existe y para proporcionar la atención reconocida de acuerdo a los estándares profesionales de atención para aliviar los síntomas de emergencia en una oficina dental. Las emergencias médicas y/o psiquiátricas no son cubiertas por LIBERTY Dental Plan si los servicios son prestados en un hospital y son cubiertos por el Plan Médico o si LIBERTY Dental Plan determina que los servicios no eran dentales en naturaleza.

Servicio y atención en caso de Emergencia (*no cubiertos por LIBERTY Dental Plan*) también significa revisiones y exámenes adicionales, y evaluación por un médico u otro personal como lo permita la ley aplicable y dentro del límite de la licenciatura y privilegios clínicos para determinar si la condición médica psiquiátrica de emergencia existe y que la atención y el tratamiento necesario para aliviar o eliminar la condición médica psiquiátrica, dentro de la capacidad del centro. **LIBERTY Dental Plan no proporciona cobertura para tales servicios de emergencia ni atención.**

Reembolso para Atención Dental en caso de Emergencia: Si se satisfacen los requerimientos bajo la sección titulada “Atención en caso de Emergencia”, LIBERTY Dental Plan cubrirá hasta \$75 por tales servicios por año calendario. Si usted paga su cobro para servicios cubiertos de Atención Dental en caso de Emergencia, envíe una copia del cobro que pagó a LIBERTY Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110. Por favor incluya una copia del reclamo de la oficina del proveedor o una declaración legible de los servicios o del cobro. Envíela a LIBERTY Dental Plan junto con la siguiente información:

- Su información de membresía.
- Nombre de la persona que recibió los servicios de emergencia.
- Nombre y dirección del dentista que proporcionó los servicios de emergencia.
- Declaración explicando las circunstancias de esta visita de emergencia.

Si se necesita información adicional, se le notificará por escrito. Si alguna parte de su reclamo es negada usted recibirá una explicación de los beneficios por escrito (EOB) dentro de 30 días de la fecha en que LIBERTY Dental Plan recibió su reclamo, la información incluirá:

- La razón por la que se está negando.
- Referencia a las provisiones pertinentes en la Evidencia de Cobertura donde muestra por qué negamos el reclamo.
- Aviso a su derecho de pedir una reconsideración de la negación y una explicación del procedimiento para presentar quejas. Por favor consulte la página 10, [PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR QUEJAS](#).

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Miembros actuales:

Miembros actuales podrían tener derecho de completar su atención con el proveedor terminado en ciertas condiciones dentales específicas. Por favor llame al Plan al (888) 703-6999 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Usted puede solicitar una copia de la Póliza sobre Continuidad de Atención. 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.

Nuevos miembros:

Un miembro nuevo puede tener el derecho de recibir el beneficio de continuidad de atención de su proveedor no participante para ciertas

condiciones dentales. Por favor llame al Plan al (888) 703-6999 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Usted puede solicitar una copia de la Póliza sobre Continuidad de Atención. Usted debe hacer una solicitud específica si desea continuar bajo cuidado de su proveedor actual. 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. Esta póliza no se aplica a nuevos miembros con un contrato individual.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DE LIBERTY DENTAL PLAN

Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan le proporciona apoyo de atención al cliente gratuito lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en días de oficina normales para asistir a miembros con preguntas simples y resolución de problemas. Las personas con impedimentos de audición y del habla pueden utilizar la línea gratuita de Servicio de Retransmisión de California al (800) 735-2929 (TTY) u (888) 877-5378 (TTY) para comunicarse con el departamento. Nuestro número gratuito es (888) 703-6999.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR QUEJAS

Si usted no está satisfecho con el Dentista de Atención Primaria que seleccionó, el personal, el consultorio, la referencia a un especialista, una preautorización, reclamos o atención dental que recibió, las quejas pueden ser presentadas:

Por escrito a LIBERTY Dental Plan,
P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110,

O

Fax del Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al (949) 223-0011,

O

Comuníquese con un representante de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al (888) 703-6999,

O

Utilice el proceso de presentación de quejas visitando
www.libertydentalplan.com.

Formularios para presentar quejas pueden ser solicitados comunicándose con Servicios para Miembros al (888) 703-6999. Formularios para presentar

quejas también están disponibles en nuestra página de Internet, www.libertydentalplan.com.

Los representantes de LIBERTY Dental Plan revisarán el problema con usted y tomarán los pasos apropiados para una resolución rápida. Usted recibirá confirmación que hemos recibido su queja dentro de cinco (5) días calendarios después de recibirla. Las quejas serán resueltas dentro de 30 días.

El Departamento de Servicios de Cuidado de Salud Administrado de California es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, usted debería primero llamar a su plan, al **1-888-703-6999** y utilizar el proceso de quejas del plan antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este proceso de presentación de quejas no prohíbe ningún derecho legal que usted pueda tener o remedios que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja referente a una emergencia, una queja que no haya sido solucionada satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que está sin resolver por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para asistencia. Usted también podría ser elegible para una revisión independiente médica (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por el plan de salud con relación a la necesidad médica del propuesto servicio o tratamiento, la decisión de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio de Internet del Departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formularios de presentación de quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

Si no está satisfecho con la resolución presentada inicialmente, usted puede pedir una revisión por parte del Comité de Control de Calidad o de Póliza Pública de LIBERTY Dental Plan. Debe solicitarla por escrito con un resumen detallado y dirigirla a:

LIBERTY Dental Plan, Inc.
Quality Management Committee
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110

Todos los niveles de apelación serán completados dentro de 30 días de recibirlos.

ARBITRAJE

Si usted o uno de sus dependientes elegibles no están satisfechos con los resultados del proceso de resolución de LIBERTY Dental Plan, y todos los procedimientos de resolución se han agotado, el problema puede ser presentado al proceso de arbitraje para ser resuelto. Si usted o uno de sus dependientes elegibles piensan que alguna conducta que surja de o relacionada con su participación como miembro de LIBERTY Dental Plan, incluyendo una responsabilidad médica o contractual será resuelta por medio de arbitraje. Se realizará el arbitraje de acuerdo con las normas y regulaciones de la Asociación Americana de Arbitraje vigentes a la hora de la ocurrencia de la queja (disputa o controversia).

CUOTAS PREPAGADAS (PRIMAS); CAMBIOS A SUS BENEFICIOS Y PRIMAS

LIBERTY Dental Plan proporciona cobertura para usted conforme a un acuerdo con su empleador o administrador del plan, y su empleador o administrador del plan nos pagará todas las primas a nosotros. Su empleador o administrador del plan le informará la parte que usted debe pagar. LIBERTY Dental Plan puede cambiar los beneficios cubiertos, copagos y primas de vez en cuando. LIBERTY Dental Plan no reducirá los beneficios cubiertos ni aumentará la prima durante el término del acuerdo sin antes notificarle a su empleador o administrador del plan por lo menos sesenta (60) días antes del propuesto cambio.

RESCISIÓN DE COBERTURA

Todos los derechos de cobertura terminan el día en que la cobertura de su empleador o grupo son rescindidos. Su empleador, administrador del plan o LIBERTY Dental Plan tienen el derecho de cancelar y rescindir cualquier contrato o cobertura si cualquiera de las personas infringen los términos y las condiciones de este contrato o en cuanto se venza el contrato. Si las cuotas de prepago no son pagadas de acuerdo con este contrato, el contrato será rescindido a partir de la media noche el día del mes en que recibimos el

último pago, esto está sujeto al cumplimiento de requerimientos de aviso y aceptación de LIBERTY Dental Plan.

Si usted termina su contrato con nuestro Plan mientras el contrato entre LIBERTY Dental Plan y su empleador o administrador del plan está en efecto, su Dentista de Atención Primaria o Dentista Especialista deben completar cualquier procedimiento en curso que hayan empezado antes de que terminara su contrato, y adherirse a los términos y las condiciones del Plan.

Si su cobertura en el Plan termina después del inicio de tratamiento ortodóntico, usted será responsable por los cobros restantes del tratamiento ortodóntico.

Si la persona suscrita permite que alguna otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para obtener servicios bajo este plan dental o de alguna forma se ve involucrado en fraude o engaño en el uso de servicios u oficinas del plan o deliberadamente permite tal fraude o engaño por otra persona, se terminará el contrato inmediatamente en cuanto LIBERTY Dental Plan se lo comunique.

Si la cobertura de una persona inscrita o suscrita termina según su estado de salud o requerimientos de servicios de atención médica, una revisión podría ser solicitada por el Director del Departamento de Atención Administrada. Si el Director determina que existe una queja bajo las provisiones de esta sección, el Director notificará al plan. Dentro de 15 días de la fecha en que recibimos tal notificación, el plan solicitará una audiencia o reincorporará a la persona inscrita o suscrita. La reincorporación será retroactiva al tiempo de la cancelación o la falta de renovar y el plan será responsable de los gastos incurridos por la persona inscrita o suscrita para los servicios de atención médica cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de la reincorporación. Puede comunicarse con el departamento de Atención Médica Administrada al (888) HMO-2219 o mediante la línea TDD al (877) 688-9891 para las personas con impedimentos auditivos o del habla. La página de Internet del departamento es <http://www.hmohelp.ca.gov>.

CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Por favor revise con su empleador o el administrador del plan para elegibilidad y detalles.

El congreso aprobó la Ley de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (COBRA, por sus siglas en inglés) en 1986. La ley enmienda la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Trabajadores (ERISA, por sus

siglas en inglés), la Ley Federal Tributaria y la Ley de Servicios de Salud Pública para proporcionar continuación de la cobertura médica grupal que de otra manera sería terminada.

La ley generalmente cubre planes de atención médica grupales mantenidos por empleadores con 20 empleados o más en el año anterior. Se aplica a los planes en el sector privado y a éstos patrocinados por el estado y gobiernos locales. La ley, sin embargo, no se aplica a los planes patrocinados por el gobierno federal ni a ciertas organizaciones relacionadas con iglesias.

Eventos calificantes para empleados son:

- Terminación voluntaria o involuntaria del empleo por razones que no tengan que ver con “conducta inmoral”
- Reducción en las horas trabajadas por el empleado cubierto

Eventos calificantes para cónyuges son:

- Terminación de empleo del empleado cubierto por razones que no tengan que ver con “conducta inmoral”
- Reducción en las horas trabajadas por el empleado cubierto
- Que el empleado cubierto tenga derecho a Medicare
- Divorcio o separación legal del empleado cubierto
- Muerte de un empleado cubierto

Evento calificante para hijos dependientes son los mismos que los de su cónyuge con una adición:

- Pérdida del título “hijo dependiente” bajo las reglas del plan

Periodos de cobertura:

Evento calificante	Beneficiario	Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> ● Despedido ● Reducen sus horas 	Empleado Cónyuge Hijo dependiente	18 meses
<ul style="list-style-type: none"> ● Empleado con derecho a Medicare ● Divorcio o separación legal ● Muerte de un empleado cubierto 	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida del título “hijo dependiente” 		36 meses

Reglas especiales para las personas incapacitadas podría extender los periodos máximos de cobertura. Si se determina bajo el título II o XVI del Acta del Seguro Social que el beneficiario calificado estaba incapacitado al momento de terminar el empleo o reducción de horas de empleo y el beneficiario calificado le informa debidamente al administrador del plan de la determinación de incapacidad, el periodo de 18 meses se extenderá a 29 meses.

Los beneficiarios calificados tienen el derecho de elegir continuar con cobertura idéntica a la cobertura proporcionada bajo el plan. Los empleadores y los administradores del plan tienen la obligación de determinar sus opciones sobre los derechos específicos con respecto a elegir, notificar y el tipo de cobertura. A los beneficiarios calificados se les debe ofrecer beneficios idénticos a aquellos que recibían inmediatamente antes de calificar para cobertura continuada.

A los beneficiarios se les podría pedir que paguen por la prima total para la cobertura. No puede ser más de 102 por ciento del costo del plan que otras personas en la misma situación que no tienen un evento calificante. Las primas reflejan el costo total de la cobertura médica, incluyendo la parte pagada por el empleador antes del evento calificativo más el dos por ciento para los gastos administrativos.

Los beneficiarios incapacitados reciben 11 meses adicionales de cobertura después de los primeros 18 meses, la prima para esos meses adicionales podrían aumentar a 150 por ciento del costo total de la cobertura.

La reciente legislación en California le proporciona cobertura continua para beneficiarios inscritos en COBRA Federal en planes de salud de California. Esta cobertura de Cal-COBRA es gobernada por la ley de California. La idea detrás de la extensión de Cal-COBRA y la cobertura de COBRA Federal es proporcionar a californianos inscritos que agotan toda su cobertura COBRA adicional bajo la ley de California, al igual que proporcionar uniformidad por su duración.

Otra cobertura de Cal-COBRA está disponible bajo la ley de California y se aplica a los empleadores que tienen 2 a 19 empleados (empleadores grupales pequeños). La legislación de California recientemente amplió la duración de la cobertura para estas personas inscritas bajo Cal-COBRA. La idea de Cal-COBRA es proporcionar las mismas ventajas generales a grupos pequeños en California como el programa COBRA federal lo hace para grupos más grandes.

Usted puede inscribirse en Cal-COBRA si es alguno de los mencionados a continuación o si reúne cierto criterio:

1. Un empleado de un empleador con más de 20 empleados (o un dependiente de tal empleado) y está continuando su cobertura después de agotar la cobertura de COBRA federal.

Si usted está cubierto bajo COBRA federal, ha agotado su COBRA federal y ha tenido menos de 36 meses de cobertura COBRA, usted puede tener la oportunidad de continuar su cobertura por un total de 36 meses mediante una combinación de COBRA y Cal-COBRA.

Cal-COBRA es una extensión de COBRA Federal y entra en efecto el primero de septiembre del 2003, y se aplica a las personas que empiezan a recibir cobertura de COBRA el primero de enero del 2003 o después.

Cuando usted extiende su cobertura Federal de COBRA bajo Cal-COBRA, usted tiene la oportunidad de recibir los mismos beneficios del mismo plan de salud como COBRA. *Sin embargo, si usted tiene cobertura no médica bajo COBRA (cobertura para atención dental o de la vista) de parte de un plan de salud especializado, usted no puede continuarlos bajo Cal-COBRA.*

2. Es un empleado de un empleador pequeño (con 2 a 19 empleados) (o el cónyuge o dependiente de tal empleado) y tiene un “evento que lo califica”.

Eventos que lo califican para Cal-COBRA si usted es un empleado de un empleador con 2 a 19 empleados (o el cónyuge o dependiente de tal empleado):

- Pérdida de cobertura debido a que termina el empleo del empleado cubierto (a menos que el empleo termine debido a conducta inmoral del empleado), o pérdida de cobertura debido a que las horas de empleo del empleado cubierto son reducidas
- Pérdida de cobertura debido a divorcio o separación legal del empleado cubierto
- Pérdida de cobertura debido a que ya no es dependiente del empleado bajo el plan grupal
- Pérdida de cobertura debido a que el empleado cubierto ahora es elegible para Medicare
- Pérdida de cobertura debido a muerte del empleado cubierto

Usted no es elegible para Cal-COBRA si es uno de los siguientes:

- Elegible para Medicare
- Está cubierto por otro plan de salud de grupo, cuando su plan de grupo es con un empleador que tiene de 2 a 19 empleados, a menos que:
 - a. el otro grupo de salud del plan tenga una exclusión o limitación para una condición preexistente que se aplique a usted;
 - b. el otro grupo de salud del plan sea un plan de grupo de conversión (básicamente que ofrezca un plan individual) que usted decide no aceptar.
- Despedido de su empleo debido a conducta inmoral

- Alguien que no selecciona a Cal-COBRA por escrito de manera oportuna cuando está disponible
- Alguien que no paga de manera oportuna la prima requerida para Cal-COBRA
- Alguien que ha agotado todo el periodo de elegibilidad permitido

Cualquier persona cubierta bajo Cal-COBRA tiene los mismos beneficios como los empleados activos cubiertos. *Si el plan grupal ofrece cobertura especial, tal como dental o de la vista, esa cobertura debe ser proporcionada a la persona inscrita en Cal-COBRA también, a menos que usted continúe con COBRA federal como se indica anteriormente.*

Duración de la cobertura si la cobertura de Cal-COBRA comenzó antes del 1º de enero del 2003:

- Si un empleado previo obtiene la cobertura Cal-COBRA debido a que terminó su empleo o por que las horas trabajadas fueron reducidas, Cal-COBRA para el empleado previo, cónyuge y dependientes podrían continuar por hasta 18 meses.
- Si el cónyuge o los dependientes del empleado previo obtienen cobertura Cal-COBRA debido a alguna de las siguientes razones, su cobertura podría continuar por hasta 36 meses:
 - a. muerte del empleado previo
 - b. divorcio o separación legal del empleado previo
 - c. el empleado previo es elegible para Medicare
 - d. el dependiente ya no es considerado un dependiente bajo el plan del grupo
- Ciertas personas elegibles para Seguro Social por Incapacidad podrían ser elegibles por hasta 29 meses.

Duración de la cobertura si la cobertura de Cal-COBRA comenzó el 1º de enero del 2003 o después:

- Si un empleado previo obtiene la cobertura Cal-COBRA debido a que terminó su empleo o por que las horas trabajadas fueron reducidas, Cal-COBRA para el empleado previo, cónyuge y dependientes podrían continuar por hasta 36 meses.
- Si el cónyuge o los dependientes del empleado previo obtienen cobertura Cal-COBRA debido a alguna de las siguientes razones, su cobertura podría continuar por hasta 36 meses:
 - a. muerte del empleado previo
 - b. divorcio o separación legal del empleado previo
 - c. el empleado previo es elegible para Medicare
 - d. el dependiente ya no es considerado un dependiente bajo el plan del grupo
- Ciertas personas elegibles para Seguro Social por Incapacidad podrían ser elegibles por hasta 36 meses.

Cal-COBRA termina cuando:

- El periodo de tiempo permitido por ley pasa (no más de 36 meses)
- Las primas no se pagan cuando se deben
- La persona cubierta se mueve fuera del área de servicio del plan
- El empleador ya no ofrece cobertura médica a sus empleados
- La persona cubierta tiene derecho a Medicare
- La persona cubierta se inscribe en otra póliza grupal

DERECHO DE LOS MIEMBROS

Como miembro usted tiene derecho a:

- * Ser tratado con respeto, dignidad y reconocimiento de la necesidad de privacidad y confidencialidad
- * Expresar quejas y estar informado del proceso de quejas
- * Tener acceso y disponibilidad de atención
- * Acceso a sus archivos dentales
- * Participar en tomar decisiones sobre su curso de tratamiento
- * Ser proporcionado información sobre su proveedor
- * Ser proporcionado información sobre los servicios de la organización, beneficios y el proceso de referencia a especialistas.

Las pólizas y los procedimientos de LIBERTY Dental Plan para la conservación de la confidencialidad de archivos médicos están disponibles si los solicita.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- * Identificarse como miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame o visite a su oficina dental seleccionada
- * Tratar al Dentista de Atención Primaria, al personal de la oficina y al personal de LIBERTY Dental Plan con respeto y cortesía
- * Mantener sus citas programadas o comunicarse con la oficina dental dentro de (24) horas de antemano para cancelar una cita.
- * Cooperar con el Dentista de Atención Primaria en seguir el curso de tratamiento recetado
- * Hacer los copagos al momento del servicio (**Para más detalles de pago, consulte su lista de pagos**)
- * Avisarle a LIBERTY Dental Plan de cambios en el estado de su familia
- * Estar al tanto de y seguir las normas de la organización cuando busca atención dental

Limitaciones

1. Los procedimientos de profilaxis están cubiertos una vez cada seis meses consecutivos.
2. Una serie completa de radiografías (radiografía bucal total) o de películas panorámicas se cubren una vez cada 36 meses consecutivos.
3. Los tratamientos con flúor están cubiertos una vez cada seis meses consecutivos.
4. Los selladores tienen cobertura sólo en el primer y segundo molar permanente sin caries de los niños dependientes hasta que cumplen los 14 años. Limitados a una vez por diente en cada período de treinta y seis (36) meses.
5. El raspado y el alisado radicular por cuadrante tienen cobertura una vez cada 24 meses consecutivos.
6. El reemplazo de coronas, laminados labiales o dentaduras parciales fijas (puentes), por unidad, se limita a una vez en cada período de cinco (5) años.
7. El reemplazo de prótesis existentes totales y parciales tiene cobertura una vez por arco cada cinco años, si no puede restaurarse la función del aparato través del revestimiento o la reparación.
8. Los revestimientos de dentaduras tienen cobertura dos veces cada 12 meses consecutivos.
9. Las coronas fabricadas, las incrustaciones superiores (onlays) y las incrustaciones (inlays) tendrán cobertura cuando un diente con un buen pronóstico requiere la restauración pero tiene una estructura restante insuficiente para retener un empaste de manera efectiva. La cobertura de estos procedimientos está limitada a miembros de 16 años de edad y mayores.
10. El reemplazo de una amalgama o restauración de resina en menos de doce meses por el mismo dentista o consultorio contratado no puede cobrarse ni al plan ni al miembro.
11. No tienen cobertura los procedimientos que tienen un mal pronóstico, según lo determine un dentista consultor certificado de LIBERTY.
12. El suministro localizado de agentes antimicrobianos puede tener cobertura de 4 a 6 semanas después de finalizar el raspado y alisado radicular como un procedimiento coadyuvante para dos sitios sin respuesta en un cuadrante con bolsas de 5 mm o más profundas, además de inflamación.
13. Para planes de tratamiento que involucren siete (7) o más coronas y/o dentaduras parciales fijas (puentes), los proveedores contratados pueden cobrar un copago adicional de \$200 por unidad. En dichos casos, tienen cobertura las primeras seis (6) unidades, según se describe en la limitación número 6 anterior, solo con el copago especificado del miembro, de acuerdo con el Listado de Beneficios del Plan.

14. Las dentaduras parciales fijas (puentes) tienen cobertura en estos casos: se reemplaza una dentadura parcial fija existente por otra igual con pónicos idénticos y dientes de refuerzo con un buen pronóstico; los dientes de refuerzo son aptos para coronas según se describe en la limitación número 6 anterior; solo falta un diente permanente en un arco completo y el puente tendría dientes opuestos en el arco opuesto.
15. Los servicios periodontales quirúrgicos se limitan a una vez por cada período de treinta y seis (36) meses.
16. El desbridamiento bucal completo se limita a una vez por cada período de veinticuatro (24) meses.
17. Las derivaciones pediátricas, si las autoriza el Plan Dental de LIBERTY, tienen cobertura solo para hijos dependientes hasta los seis (6) años, a menos que el niño reúna las condiciones de la Ley para Protección de Personas Discapacitadas (ADA).

Exclusiones

1. Cualquier procedimiento no específicamente listado como beneficio cubierto.
2. Reemplazo de prótesis o aparatos perdidos o robados, incluyendo dentaduras parciales, dentaduras completas y aparatos de ortodoncia.
3. Anestesia general, analgesia, sedante intravenoso/intramuscular o los servicios de un anestesiólogo en situaciones que no sean las descritas como parte de los beneficios cubiertos***
4. Un tratamiento iniciado antes de la cobertura o después de la cancelación de ésta.
5. Procedimientos, aparatos o restauraciones para tratar disfunciones de la articulación temporomandibular (p. ej., ajustes/correcciones en los huesos faciales), situaciones congénitas o de desarrollo (incluyendo dientes supernumerarios) o trastornos dentales inducidos médicamente, entre otros: tratamiento miofuncional (p. ej., terapia del habla) o disfunciones músculo-esqueléticas, a menos que se cubra como un beneficio de ortodoncia
6. Servicios estéticos, o para tratar afecciones que son el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo, como paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, dientes faltantes por enfermedades congénitas y dientes descoloridos o sin esmalte.
7. Procedimientos que no sean de necesidad dental, según decisión tomada conforme a las normas profesionales reconocidas de la profesión.
8. Los procedimientos realizados en dientes naturales sólo para aumentar la dimensión vertical o para restaurar la oclusión.
9. Cualquier servicio realizado fuera de su oficina dental asignada, a menos que haya sido expresamente autorizada por LIBERTY Dental

Plan, o a menos que esté descrita y cubierta bajo la sección “Atención Dental en Caso de Emergencia”.

10. La extracción de los terceros molares asintomáticos y no erupcionados (u otros dientes) que aparentemente no tengan obstáculos para erupcionar y que no presenten una patología activa.
11. Procedimientos o aparatos provistos por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
12. Servicios para restaurar la estructura de dientes dañada por el desgaste (abrasión, erosión, atrición o abfracción), para reconstruir la oclusión o mantener la superficie de trituración de los dientes que están desalineados o para estabilizar los dientes. Algunos ejemplos de dichos tratamientos son la equilibración y el soporte periodontal.
13. Cualquier servicio dental de rutina realizado por un dentista de atención primaria o por un especialista en un centro hospitalario para pacientes internados/ambulatorios.
14. Consultas por servicios no cubiertos.

Exclusiones y limitaciones de ortodoncia

1. Reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos o robados.
2. Aparatos perdidos, robados o rotos.
3. Tratamiento de ortodoncia iniciado antes de la fecha efectiva de cobertura del miembro, a menos que esté cubierto por medio de una disposición de absorción de tratamientos de ortodoncia.
4. Extracciones con fines de ortodoncia (esta condición no se aplicará si la extracción cumple con las normas profesionales reconocidas de la profesión, o la necesidad de realizarla surge en el contexto de una emergencia dental).
5. Tratamiento en curso en el momento de la elegibilidad, a menos que se incluya como una cláusula adicional de tratamientos de ortodoncia en los beneficios del grupo.
6. Ortodoncia quirúrgica para tratar el trastorno de la articulación temporomandibular (ATM).
7. Terapia miofuncional.
8. Tratamiento del paladar hendido.
9. Tratamiento de micrognacia.
10. Tratamiento de macroglosia.
11. Los cambios necesarios en el tratamiento de ortodoncia debido a un accidente de cualquier tipo.
12. La cobertura de ortodoncia se limita a 24 meses de tratamiento, seguidos de 24 meses de consultas para servicios de retención.
13. Los servicios prestados después del 24º mes de tratamiento y/o retención son responsabilidad del paciente por un costo que no puede superar los \$130 mensuales.

14. En el caso de una cancelación, el paciente es responsable de la tarifa habitual del dentista prorrateada a lo largo del tratamiento y/o retención restante.

DEFINICIONES

Archivos Dentales: Se refiere a los archivos con fines de diagnóstico, radiografías dentro y fuera de la boca, archivo por escrito del tratamiento incluyendo pero no limitado a las notas, anotaciones dentales, planes de tratamiento, informes de consulta u otro material por escrito relacionado con el historial médico o dental, diagnóstico, condición, tratamiento o evaluación.

Copago: Cualquier cantidad cobrada al miembro al momento de recibir los servicios cubiertos. Las cantidades de los copagos fijos están listadas en el Programa de Beneficios.

Dentista de Atención Primaria: Un dentista afiliado con el Plan para proporcionar servicios a miembros cubiertos bajo el Plan. El Dentista de Atención Primaria es responsable de proveedor o coordinar los servicios dentales necesarios.

Dependiente: Cualquier miembro de la familia del suscrito que está inscrito en LIBERTY Dental Plan.

Especialista: Referencias a endodoncistas, Cirujanos orales, ortodoncistas, dentistas pediátricos o periodontistas.

Grupo (u Organización): Empleador grupal u otra entidad que ha contratado con LIBERTY Dental Plan para coordinar las provisiones de beneficios de este Plan.

Miembro: Suscrito o dependientes elegibles que están inscritos en el Plan.

Plan: LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Proveedor: Un dentista que proporciona servicios bajo contrato con el Plan.

Proveedor No Participante: Un dentista que no tiene contrato para proporcionar servicio para este Plan.

Proveedor terminado: Un dentista que le prestaba servicios bajo contrato que ya no está asociado con el Plan.

Servicio Dental en Caso de Emergencia: Servicio y atención dental en caso de emergencia está incluido (y cubierto por LIBERTY Dental Plan) revisiones dentales, exámenes, evaluación por un dentista o especialista dental para determinar si la condición dental de emergencia existe, y para proporcionar cuidado que sea reconocido conforme a los estándares de atención reconocidos para aliviar los síntomas de en una oficina dental. Emergencias médicas no están cubiertos por LIBERTY Dental Plan si los servicios son prestados en un hospital cubierto por un Plan médico, o si LIBERTY Dental Plan determina que los servicios no eran dental de naturaleza.

RESPUESTAS A PREGUNTAS COMUNES

¿Están cubiertas las limpiezas?

Sí. LIBERTY Dental Plan cubre limpiezas rutinarias (de profilaxis) en la oficina seleccionada una vez cada 6 meses. Algunos miembros podrían requerir más que una limpieza “rutinaria” debido a necesidades dentales más implicadas. Cuando se requieren limpiezas más frecuentes o tratamiento extenso, tal como pulido y alisado radicular, su dentista puede cobrarle de acuerdo con su plan dental.

¿Qué si tengo una condición preexistente?

La mayoría de las condiciones preexistentes están cubiertas. Sin embargo, un procedimiento iniciado antes de su fecha vigente de cobertura no será cubierto por el Plan.

¿Existen periodos de espera?

No. En cuanto su inscripción sea vigente, simplemente haga una cita con su dentista de la red seleccionado.

¿Tiene el Plan dentistas especialistas?

Sí. LIBERTY Dental Plan tiene una red de dentistas especialistas contratados. Si la especialidad es considerada necesaria por su Dentista de Atención Primaria, usted será referido al especialista después de coordinar sus necesidades con su Dentista de Atención Primaria.

¿Qué si tengo otra cobertura dental?

Su Dentista de Atención Primaria en la red de LIBERTY Dental Plan aplicará el reembolso de cualquier cobertura adicional que usted tenga a su copago, si su otro plan de seguro dental lo permite. Esto puede reducir sus gastos fuera de bolsillo.

¿Cómo saber cuánto serán mis copagos?

Consulte el Programa de Beneficios el cual lista todos los servicios cubiertos bajo su plan. El Programa de copagos es listado por el código de ADA. Si tiene preguntas, pregúntele a su dentista antes de recibir los servicios o llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan.

¿A Quién debo llamar si tengo preguntas?

Si tiene preguntas sobre inscripción, hable con el encargado de beneficios. Si tiene preguntas después de hacerse miembro, usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110

(888) 703-6999



INFORMACIÓN SOBRE LA CONTINUACIÓN DEL CUIDADO PARA NUEVOS MIEMBROS Y DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Estimado nuevo miembro de LIBERTY Dental Plan:

Si usted ha estado recibiendo servicios de un proveedor de atención dental, usted podría tener el derecho de permanecer con su proveedor de atención dental por un periodo de tiempo designado. Por favor comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al (888) 703-6999, y si aún tiene preguntas le aconsejamos que se comunique con el Departamento de Atención de la Salud Administrada, la cual protege a consumidores de HMO. Se puede comunicar al Departamento de Atención de la Salud Administrada por teléfono llamando al número gratuito (888) HMO-2219, o al número TDD para personas con impedimentos auditivos al (877) 688-9891, o por Internet en www.hmohelp.ca.gov. También puede obtener una copia de la póliza de LIBERTY Dental Plan sobre la continuación de cuidado de nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Esta póliza no se aplica a personas nuevas cubiertas bajo un plan de acuerdo individual.

Usted debe hacer una solicitud específica si desea continuar bajo cuidado de su proveedor actual. A LIBERTY Dental Plan no se le requiere que continúe su cuidado con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor en cuanto a los términos con respecto a su cuidado de acuerdo con la ley de California.

Declaración sobre la Privacidad

Nosotros protegemos la privacidad de la información de salud de nuestros miembros como lo requiere la ley, estándares acreditados y nuestras pólizas y procedimientos. Este aviso le explica nuestro deber legal al igual que sus derechos sobre nuestras prácticas de privacidad.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER DIVULGADA Y UTILIZADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA DETENIDAMENTE.

Nosotros colectamos, utilizamos y divulgamos información protegida sobre usted para los propósitos de pago u operaciones dentales o de la salud o cuando la ley nos lo permita o requiera.

Para Pago: Nosotros podemos utilizar y divulgar información sobre usted para administrar su cuenta o beneficios y pagar sus reclamos para servicios dentales o médicos prestados a usted mediante su plan. Por ejemplo, nosotros tenemos información sobre sus pagos de primas y deducibles. También podemos proporcionar información a la oficina de su médico o dentista para confirmar su elegibilidad para beneficios o podríamos preguntarle a su médico o dentista detalles sobre su tratamiento para poder revisar y pagar los reclamos para su atención dental.

Para Operaciones de Atención Médica o Dental: Podríamos utilizar y divulgar su información médica o dental para nuestras operaciones. Por ejemplo, podríamos utilizarla su información para revisar la calidad de atención prestada a usted y los servicios que usted recibe o para evaluar el plan de tratamiento que le está proponiendo.

Nosotros podríamos comunicarnos con usted para que nos proporcione información sobre tratamientos alternos u otros beneficios y servicios relaciones con la salud. Por ejemplo, cuando usted o sus dependiente alcanzan cierta edad, podríamos notificarle sobre programas adicionales o productos a lo que usted podría ser elegible tales como cobertura individual.

En algunos casos, nosotros podríamos compartir información médica limitada con su empleador u organizaciones que le ayudan a pagar por su membresía en el plan para poder inscribirlo o para permitir que las personas que pagan su plan realicen funciones administrativas necesarias. A las personas que reciben esta información se les requiere por ley tener salvaguardias para proteger la información en contra de uso inapropiado.

Según lo permite y requiere la ley: Información sobre usted puede ser utilizada o divulgada a agencias regulatorias, tales como durante auditorias, licenciatura u otros procedimientos; administrativos o judiciales; a las autoridades de agencias públicas; o a oficiales de las autoridades para cumplir con órdenes o citaciones judiciales.

Autorización: Otros usos y divulgaciones de información de la salud protegida se harán sólo con su permiso por escrito, a menos que de otra manera sea permitido o requerido por ley. Usted puede revocar esta autorización a cualquier momento por escrito. En cuanto la tengamos dejaremos de usar su información. Sin embargo, si ya utilizamos su información con su autorización, usted no puede revocar su acuerdo para situaciones que ocurren en el pasado.

Sus Derechos

Bajo nuevas normas a partir de abril del 2003, usted tendrá derechos adicionales sobre su información médica y dental. Bajo estas nuevas normas, usted tendrá el derecho de:

- Restringir ciertas divulgaciones de usos y descubrimiento de información dental de la salud protegida. Sin embargo, no estamos obligados a estar de acuerdo con dicha restricción.
- Recibir comunicaciones confidenciales sobre la información dental o de la salud protegida, utilizando otro medio de comunicación razonable alterno o una dirección alterna, si la información enviada a su hogar podría ponerlo en peligro.
- Inspeccionar y copiar su información dental o de la salud. Para obtener una copia de tal información, por favor hágala por escrito. También tendrá el derecho de hacer enmiendas a información que usted crea que está incompleta u incorrecta. Si nosotros no creamos esa información, lo informaremos quien fue tal como su doctor o dentista.
- Recibir una lista de las veces que hemos divulgado su información, excepto cuando las divulgaciones sean para tratamiento, pago u operaciones dentales y de la salud, o si la ley indica que no debemos informarle. No estamos obligados a darle una lista de divulgaciones hechas antes del 14 de abril del 2003.
- Si recibió este aviso electrónicamente aún tiene derecho a una copia impresa si la desea.

Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted tiene derecho a presentar una queja con nosotros y/o con el gobierno federal. No será sancionado por presentar una queja.

Copias y Cambios

Usted tiene el derecho de recibir una copia adicional de este aviso en cualquier momento.

Nos reservamos el derecho de hacer cambios a los términos de este aviso. Una notificación de revisión será vigente para la información que ya tenemos sobre usted al igual que cualquier información que podríamos recibir en el futuro. La ley nos exige cumplir con cualquier aviso de privacidad que esté actualmente en efecto. Comunicaremos estos cambios a nuestro aviso mediante boletines para personas inscritas, por correo o en nuestra página de Internet, www.libertydentalplan.com.

Información de Contacto

Si desea ejercer su derecho bajo este aviso o si quiere comunicarse con nosotros sobre su preocupación sobre privacidad, o para presentar una queja con nosotros, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 703-6999.