



**CALIFORNIA  
PLAN DE GRUPO  
DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE  
COBERTURA (EOC)  
Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN**

El grupo de su empleador hace lo necesario para que su cobertura de beneficios dentales sea proporcionada por LIBERTY Dental Plan of California.

## **ANUNCIOS**

**Disponibilidad de asistencia de idiomas:** Los Afiliados con dominio limitado del inglés podrán tener acceso a servicios de interpretación y traducción, incluida la traducción de documentos en algunos de los idiomas más hablados en California. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 888-844-3344.

En lo sucesivo en este documento, LIBERTY Dental Plan of California, Inc. puede ser llamado "LIBERTY" o "el Plan".

**Esta EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN COMBINADOS es solo un resumen del plan dental. Debe consultar el contrato del plan dental para determinar los términos y condiciones de cobertura exactos.**

Se le proporcionará un ejemplar del contrato del plan dental si lo solicita.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE NUESTRAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE SI LA SOLICITA.

La **Sección I** de este documento contiene una Tabla de Beneficios como referencia general y para la comparación de sus beneficios bajo este plan, seguido por un Resumen de su Plan de Beneficios Dentales.

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

# I. INFORMACIÓN GENERAL - RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

## TABLA DE BENEFICIOS

**ESTA TABLA HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLAMENTE UN RESUMEN. DEBE CONSULTAR LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN COMBINADOS, ADEMÁS DEL CONTRATO DEL PLAN, PARA VER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.**

(A) Deducibles	Ninguno
(B) Máximos de por vida	Un afiliado tiene un copago máximo de por vida de \$350 para los 24 meses de tratamiento cubierto de ortodoncia integral. Se aplica a los beneficios para niños hasta los 19 años de edad únicamente.
(C) Gastos de bolsillo máximos	Un afiliado tiene un máximo anual de gasto de bolsillo de \$350 y un máximo anual familiar de \$700; todos los copagos que fueron pagados por el afiliado por servicios cubiertos, incluso los copagos de ortodoncia, se aplican al máximo anual de gastos de bolsillo. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados, que no se aplican para el máximo de gastos de bolsillo. Se aplica a los beneficios para niños hasta los 19 años de edad únicamente.
(D) Servicios profesionales	<p>A un Afiliado se le puede requerir que pague 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..... \$25.00 - \$300.00</li> <li>• Servicios de periodoncia ..... \$10.00 - \$350.00</li> <li>• Servicios de prostodoncia..... \$20.00 - \$375.00</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial.....\$40.00 - \$350.00</li> <li>• Servicios de ortodoncia ..... \$350.00</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Algunos servicios pueden no estar cubiertos. Ciertos servicios pueden estar cubiertos solo si los proporcionan dentistas específicos, o pueden estar sujetos a cargos adicionales. Se aplican limitaciones a la frecuencia con la que se pueden obtener algunos servicios. Por ejemplo: Las radiografías de aleta de mordida en conjunto con exámenes periódicos se limitan a una serie de cuatro placas en cualquier período de 6 meses consecutivos; la dentadura postiza superior y/o inferior completa no puede reemplazarse dentro de 36 meses consecutivos, a menos que la dentadura postiza actual no sea satisfactoria y no se pueda dejar en calidad de satisfactoria por medio del revestimiento o la reparación.</p>
(E) Servicios ambulatorios	Sin cobertura
(F) Servicios de hospitalización	Sin cobertura
(G) Cobertura dental de emergencia	El Afiliado puede recibir un Beneficio máximo de hasta \$75 por año calendario para Servicios de Emergencia fuera del área.
(H) Servicios de ambulancia	Sin cobertura
(I) Servicios de medicamentos recetados	Sin cobertura
(J) Equipo médico duradero	Sin cobertura
(K) Servicios de salud mental	Sin cobertura

(L) Servicios de dependencia química	Sin cobertura
(M) Servicios de salud a domicilio	Sin cobertura
(N) Otro	Sin cobertura

Cada procedimiento individual dentro de cada una de las categorías indicadas anteriormente que está cubierto bajo el Programa tiene un copago específico, que se muestra en la Lista de Beneficios y en la Evidencia de Cobertura Combinada.

## RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

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

Este manual es la Evidencia de Cobertura de su grupo. En él se explica lo que LIBERTY cubre y no cubre. Su Lista de Beneficios completa, que enumera los copagos y otros cargos, se proporciona con este documento al inicio del contrato, y está disponible por separado cuando se solicite o sea requerido, se adjunta como Anexo 1. Su plan de LIBERTY Dental es un plan dental de grupo. Los planes de grupo se proporcionan a través de un grupo, como un empleador. Su grupo o empleador está comprando este beneficio dental para usted. Para tener derecho a esta cobertura, usted debe estar empleado o afiliado con el grupo o empleador que compra los beneficios dentales de LIBERTY.

### B. CÓMO CONTACTAR A LIBERTY

Nuestro departamento de Servicios para Miembros está a su disposición. Llámenos si tiene una pregunta o un problema:

**LIBERTY Dental Plan of California, Inc.**  
**P.O. Box 26110**  
**Santa Ana, CA 92799-6110**  
**Servicios para Miembros (número gratuito): (888) 844-3344**  
**Sitio web: [www.LIBERTYDentalPlan.com](http://www.LIBERTYDentalPlan.com)**

### C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

LIBERTY tiene un área de servicio que cubre todo el estado de California. Esta es el área en que LIBERTY ofrece cobertura dental. Usted debe vivir o trabajar en el Área de Servicio. Debe recibir todos los servicios dentales dentro del área de servicio, a menos que necesite Atención de Emergencia o Atención de Urgencia. Si se muda del Área de Servicio, debe informar a LIBERTY.

### D. RED DE LIBERTY

Nuestra red incluye a todos los Proveedores de Atención Primaria y Especialistas que LIBERTY ha contratado para proporcionar servicios a nuestros Miembros. Usted debe obtener sus servicios dentales de su Proveedor de Atención Primaria y otros proveedores que se encuentren en la red. Llame al 888-844-3344 para pedir un Directorio de Proveedores de LIBERTY o use el sitio web.

Si no puede acceder a un proveedor de la red en un período de tiempo o ubicación razonables, para la atención que es necesaria desde el punto de vista médico, puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar otro proveedor dentro de la red, o para hacer arreglos especiales y acceder a la atención de un proveedor fuera de la red. En ese caso, usted es solamente económicamente responsable de los copagos indicados de los servicios cubiertos. También sería responsable económicamente de la tarifa habitual del proveedor por los servicios no cubiertos, electivos o por servicios que no se consideren médicamente necesarios después de la revisión de LIBERTY.

Si acude a Proveedores fuera de la red, tendrá que pagar todo el costo, a menos que haya recibido la Aprobación Previa de LIBERTY o haya tenido una emergencia o si necesitaba de Atención de Urgencia fuera de casa. Si usted es un nuevo miembro de LIBERTY, o si LIBERTY termina el contrato con su Proveedor, puede continuar viendo a su dentista actual en algunos casos. A esto se le llama *continuidad de la atención (consulte la página 10)*.

### E. Su Proveedor de Atención Primaria *(consulte la página 7)*

Cuando se une a LIBERTY, en la mayoría de los casos, tiene que elegir un proveedor de atención primaria a quien se le asignará, a menos que se indique de otra manera a continuación. La primera página de su Programa de Beneficios indica si debe elegir y ser asignado a un Proveedor de Atención Primaria. Su Proveedor de Atención Primaria es generalmente un Dentista General que proporciona atención básica y coordina la atención que necesita con otros Proveedores de especialidades dentales.

A los miembros que residen en las regiones 1, 2, 5, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 de Covered California no se les requiere elegir un dentista de atención primaria.

Algunos planes de LIBERTY no requieren que elija y sea asignado a un Proveedor de Atención Primaria. En esos planes, es posible acceder a los servicios de cualquier proveedor de atención primaria de la red que ha sido contratado. Consulte la primera página de su Programa de Beneficios para determinar si su plan requiere que elija y sea asignado a un Proveedor de Atención Primaria.

**F. Asistencia de idiomas y comunicación** (*consulte la página 21*)

Si el inglés no es su lengua materna, LIBERTY ofrece servicios de interpretación y traducción de ciertos materiales escritos en su idioma de preferencia. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 888-844-3344. Si tiene un idioma de preferencia, infórmenos de sus necesidades personales de idioma llamando al 888-844-3344.

**G. CÓMO OBTENER ATENCIÓN DENTAL CUANDO LA NECESITE**

Llame primero a su Proveedor de Atención Primaria para toda su atención, a menos que sea una emergencia.

- Por lo general, necesita una derivación y una pre-aprobación para recibir atención de un Proveedor que no sea su Proveedor de Atención Primaria. Consulte la siguiente sección.
- La atención debe ser necesaria para su salud desde el punto de vista médico. Su dentista y LIBERTY siguen pautas y políticas para decidir si la atención es médicamente necesaria. Si no está de acuerdo con LIBERTY acerca de si el servicio que desea es médicamente necesario, puede presentar una queja formal o, en algunos casos, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (consulte la página 20).
- La atención debe ser un servicio cubierto por LIBERTY. A los servicios dentales cubiertos también se les llama "Beneficios". Para ver qué servicios cubre LIBERTY, consulte la Lista de Beneficios. Su Lista de Beneficios completa se proporciona con este documento al inicio del contrato, y también está disponible por separado cuando la solicite a Servicios para Miembros o a través de la página web de LIBERTY.

**H. Derivaciones y pre-aprobaciones** (*consulte la página 9*)

Debe obtener una derivación de su Proveedor de Atención Primaria y la aprobación previa de LIBERTY para recibir servicios especializados o para recibir una segunda opinión o para ver a un dentista que no pertenece a la red de LIBERTY. A la pre-aprobación también se le llama *Autorización Previa*.

- Asegúrese de que su Proveedor de Atención Primaria le dé una derivación y obtenga la aprobación previa si es necesario.
- Si no tiene una derivación y una pre-aprobación cuando se requieren, tendrá que pagar la totalidad del costo del servicio.

No necesita una derivación y aprobación previa para ver a su Proveedor de Atención Primaria o para obtener atención de Emergencia o de Urgencia.

**I. ATENCIÓN DE EMERGENCIA** (*consulte la página 8*)

La Atención de Emergencia está cubierta en cualquier parte del mundo. Es una emergencia si usted cree razonablemente que si no obtiene atención inmediata podría poner en peligro su vida, o una parte del cuerpo. La Atención de Emergencia puede incluir el cuidado de una lesión, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. Debe obtener la Atención de Emergencia de su Proveedor de Atención Primaria siempre que sea posible. Si no puede acceder a su Proveedor de Atención Primaria o está fuera del área de servicio y es una emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital o sala de emergencias más cercanos. Acuda a su Proveedor de Atención Primaria para la atención de seguimiento. No regrese a la sala de emergencias para recibir atención de seguimiento. La cobertura para la atención de emergencia y atención de urgencia se explica plenamente en la página 8.

**J. Atención de urgencia** (*consulte la página 8*)

La Atención de Urgencia es la atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave. La Atención de Urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo. La cobertura para la atención de emergencia y atención de urgencia se explica plenamente en la página 8.

**K. Atención cuando está fuera del área de servicio de LIBERTY** (*consulte la página 8*)

Solo se cubre la atención de emergencia y la atención de urgencia.

**L. Costos** (*consultar la sección "Cuotas y cargos - Lo que usted paga" en la página 11*)

- La prima es lo que usted o el grupo de su empleador pagan a LIBERTY para mantener la cobertura.
- Un copago es la cantidad que usted debe pagar por un procedimiento cubierto específico.
- El gasto de bolsillo máximo anual es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Un afiliado tiene un gasto de bolsillo máximo anual de \$350 y un máximo anual familiar de \$700; todos los copagos que paga el afiliado por servicios cubiertos, incluso los copagos de ortodoncia, se aplican para el máximo anual de gastos adicionales. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el máximo de

Gastos de bolsillo. Se aplica a los beneficios para niños hasta los 19 años de edad únicamente. Para verificar su gasto máximo de bolsillo, puede visitar el sitio web de LIBERTY en [www.LIBERTYdentalplan.com](http://www.LIBERTYdentalplan.com) o llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al 888-844-3344 (número gratuito). Después de haber alcanzado el Gasto máximo anual de bolsillo, 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 Proveedor dental contratado asignado o un Proveedor dental autorizado.

**M. Qué hacer si tiene una queja sobre LIBERTY Dental Plan** (*consulte la página 19*)

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de Quejas Formales. Puede presentar una queja (también llamada *apelación* o *Queja Formal*) ante LIBERTY por cualquier problema que tenga con LIBERTY, sus Beneficios, una determinación de reclamo, una determinación de beneficios o cobertura, su proveedor o cualquier aspecto de su plan de Beneficios dentales. Si no está de acuerdo con la decisión de LIBERTY sobre su queja, puede obtener asistencia del Centro de Ayuda HMO del estado de California. En algunos casos, el Centro de Ayuda HMO puede ayudarle 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 de salud.

## **II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO**

Los siguientes términos se usan en esta Evidencia de Cobertura:

**Autorización:** La notificación de aprobación por parte de LIBERTY para que usted pueda proceder con el tratamiento solicitado.

**Beneficios:** Servicios cubiertos por su plan dental LIBERTY.

**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.

**Cal-COBRA:** La ley estatal que exige que una persona en un pequeño grupo de 2 a 19 miembros adquiera cobertura continua cuando finaliza su empleo o la cobertura de salud de grupo patrocinada por el empleador.

**Capitación:** Los prepagos realizados por LIBERTY a un Proveedor de Atención Primaria contratado para brindar servicios a los Miembros asignados.

**Cargos:** Las cuotas solicitadas por servicios propuestos o servicios prestados.

**COBRA:** La ley federal que exige que una persona adquiera cobertura continua cuando finaliza su empleo o la cobertura de salud de grupo patrocinada por el empleador.

**Dentista Contratado:** Un dentista que ha firmado un contrato para proporcionar servicios a los Miembros de LIBERTY, según las reglas y regulaciones de LIBERTY.

**Servicios Cubiertos:** Los servicios que aparecen en este documento como un beneficio de este plan dental.

**Copago:** Cualquier cantidad cobrada al Miembro al momento de recibir los Servicios Cubiertos. Las cantidades de los Copagos fijos se describen en la Lista de Beneficios.

**Expedientes 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.

**Dependiente:** Cualquier Miembro de la familia del Suscriptor que está inscrito en LIBERTY Dental Plan.

**Necesidad Dental o Dentalmente Necesario:** Un Servicio Cubierto que cumple con las pautas del Plan de adecuación y razonabilidad en virtud de una revisión clínica de la información presentada. La Necesidad Dental de los Servicios Cubiertos puede ser evaluada antes o después de la prestación. El pago de los servicios se produce por los Servicios Cubiertos que el Plan considera Dentalmente Necesarios.

**Consultorio dental:** Una instalación dental y sus dentistas que están bajo contrato para proporcionar servicios a los Miembros de LIBERTY, de conformidad con las reglas y regulaciones de LIBERTY.

**Servicio Dental Disputado:** Cualquier servicio que es objeto de una disputa presentada ya sea por el Miembro o el Proveedor.

**Pareja Doméstica:** Una persona que está en una relación comprometida para compartir la vida con el Miembro del Plan.

**Afiliado:** Ver la definición de "Miembro".

**Atención de Emergencia/Servicio Dental de Emergencia:** El Servicio y la Atención Dental de Emergencia incluyen (y están cubiertos por LIBERTY Dental Plan) pruebas dentales, exámenes, evaluación por un dentista o Especialista dental para determinar si existe la condición dental de emergencia, y para proporcionar atención que sería reconocida conforme a los estándares de atención reconocidos profesionalmente para aliviar los síntomas de emergencia en un consultorio dental. Las emergencias médicas no están cubiertas por LIBERTY Dental Plan si los servicios se proporcionan en un hospital cubierto por un plan médico, o si LIBERTY Dental Plan determina que los servicios no eran de naturaleza dental.

**Beneficio Dental Pediátrico Esencial:** Se refiere a los beneficios requeridos por la Ley de Atención Asequible para proporcionar Beneficios dentales pediátricos esenciales a los niños.

**Exclusiones:** Una declaración que describe uno o más servicios o situaciones en las que el Plan no proporciona cobertura para servicios dentales.

**Dentista General:** Un dentista certificado que ofrece servicios dentales generales y que no se identifica como un Especialista.

**Queja Formal:** Cualquier expresión de insatisfacción, también conocida como queja. Consulte la sección de Quejas Formales de la EOC para ver las reglas, regulaciones y procesos pertinentes.

**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 servicios médicos o servicios que están disponibles debido a la inscripción en un plan médico de servicio completo relacionado.

**Beneficios Dentro de la Red:** Los Beneficios disponibles para usted cuando recibe servicios de un Proveedor Contratado.

**Miembro:** Suscriptor o Dependientes elegibles que están inscritos en el Plan. También conocido como "Afiliado".

**Proveedor No Participante:** Un dentista que no tiene contrato para proporcionar servicios para LIBERTY.

**Período de Inscripción Abierta:** Un período de tiempo en el que puede iniciar o cambiar la inscripción en un plan dental.

**Cobertura fuera del área:** Beneficios que se proporcionan cuando está fuera del Área de Servicio del Plan o lejos de su Proveedor de Atención Primaria.

**Atención de Urgencia fuera del área:** Servicios de urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del Área de Servicio o lejos de su Proveedor de Atención Primaria.

**Máximo de gastos de bolsillo:** Se refiere a la cantidad máxima que gastará por Servicios Cubiertos cada año. Un afiliado tiene un gasto de bolsillo máximo anual de \$350 y un máximo anual familiar de \$700; todos los copagos que fueron pagados por el afiliado por servicios cubiertos, incluso los copagos de ortodoncia, se aplican para el máximo anual de gastos de bolsillo. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el máximo de Gastos de bolsillo. Se aplica a los beneficios para niños hasta los 19 años de edad únicamente. Después de alcanzar esta cantidad en gastos, todos los Servicios Cubiertos adicionales durante el año están cubiertos por su Plan.

**Plan:** LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

**Autorización Previa:** Un documento presentado en su nombre que solicita una determinación y aprobación previa para prestar servicios de tratamiento deseados para usted.

**Prima:** La tarifa que recibe LIBERTY, que usted o su empleador pagaron a LIBERTY para este Plan de beneficios.

**Proveedor de Atención Primaria:** Un dentista general afiliado a LIBERTY para proporcionar servicios de odontología general a los miembros cubiertos del Plan. El Proveedor de Atención Primaria es responsable de proporcionar o coordinar los servicios dentales necesarios. El Proveedor de Atención Primaria puede incluir uno o más Dentistas Generales o Especialistas en el mismo centro.

**Servicios Profesionales:** Servicios dentales o procedimientos proporcionados por un dentista certificado o asistentes aprobados.

**Proveedor:** Un dentista contratado que da servicios de acuerdo con este Plan.

**Especialista:** Un dentista que ha recibido capacitación avanzada en una de las especialidades dentales aprobadas por la Asociación Dental Americana como una especialidad en odontología y que ejerce como especialista. Algunos ejemplos son endodoncista, cirujano oral y maxilofacial, periodoncista y odontopediatra.

**Suscriptor:** Miembro, Afiliado o "usted" tienen el mismo significado en este documento.

**Recargo:** Un monto que se cobra, además del copago indicado, por un servicio o prestación solicitados.

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

**Área de Servicio:** Los condados de California donde LIBERTY ofrece cobertura.

**Atención de Urgencia:** Consulte "Atención de Emergencia".

**Cargos Usuales:** Cargo usual de un dentista por un servicio.

**Usted:** Se refiere a los Miembros que son beneficiarios de este Plan de Beneficios dentales.

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

LIBERTY Dental Plan tiene contratos con Proveedores de Atención Primaria y Especialistas para dar servicios cubiertos por su Plan. Contáctenos llamando a la línea gratuita (888) 844-3344, o por medio de nuestro sitio web, [www.LIBERTYdentalplan.com](http://www.LIBERTYdentalplan.com), para encontrar un dentista en su área. Todos los servicios y Beneficios descritos en esta publicación están cubiertos solo si los proporciona un Proveedor de Atención Primaria o Especialista contratado. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para Servicios Dentales de Emergencia como se describe en este documento bajo "Atención Dental de Emergencia" o "Atención de Urgencia".

#### **A. INSTALACIONES**

LIBERTY pone a su disposición instalaciones de atención primaria (Dentistas Generales) y de especialidad en todo el estado de California dentro de una distancia razonable de su hogar o lugar de trabajo. Contacte a LIBERTY llamando a la línea gratuita 888-844-3344, o por medio del sitio web [www.LIBERTYdentalplan.com](http://www.LIBERTYdentalplan.com), para encontrar un dentista en su área.

Nuestra meta es proporcionarle Beneficios dentales apropiados, prestados por profesionales dentales altamente calificados, en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de LIBERTY Dental Plan han sido sometidos a un procedimiento estricto de revisión de sus credenciales, antecedentes y evaluaciones de sus consultorios. Además, cada dentista participante debe adherirse a las pautas estrictas del contrato. Todos los dentistas pasan por un proceso de selección y revisión con regularidad. Realizamos un programa de evaluación de la calidad, el cual incluye la administración continua del contrato para asegurar que los dentistas cumplan con la educación continua, la accesibilidad a los miembros, el diagnóstico adecuado y la planificación del tratamiento. Su Proveedor de Atención Primaria le dará toda la atención dental necesaria, incluso lo derivará a Especialistas si es necesario. La mayoría de los Afiliados debe tener un consultorio dental de atención primaria 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 oral para ayudarlo a evaluar el riesgo de enfermedades dentales futuras, y sobre las medidas de cuidados en el hogar que puede tomar para mantener sanos los dientes y la boca. Además, el estado de los dientes, encías y boca puede tener un efecto profundo en su salud general total. En el sitio web, puede encontrar información sobre cómo su salud oral puede afectar su condición general de salud, como por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, embarazo y salud prenatal y perinatal, así como otras condiciones de salud.

#### **C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES**

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER QUÉ SERVICIOS DENTALES PUEDE OBTENER.**

1. **Odontología general/odontología de atención primaria:** Con excepción de lo que se indica a continuación, cuando se une a LIBERTY Dental Plan puede elegir un Proveedor de Atención Primaria al que será asignado. La primera página de su Programa de Beneficios indica si debe elegir y ser asignado a un Proveedor de Atención Primaria. Su Proveedor de Atención Primaria asignado es responsable de coordinar cualquier atención especializada de servicios dentales que pueda necesitar. Debe obtener los servicios dentales generales de su Proveedor de Atención Primaria asignado. Su centro de atención primaria asignado compartirá información con cualquier Especialista para coordinar su atención general.

Si no selecciona un Proveedor de Atención Primaria, LIBERTY elegirá uno por usted en el momento de su inscripción y se le notificará de esta asignación.

A los miembros que residen en las regiones 1, 2, 5, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 de Covered California no se les requiere elegir un dentista de atención primaria.

Para determinar si su plan requiere la asignación de un proveedor, consulte la primera página de su Programa de Beneficios. Si su plan no requiere la asignación de un proveedor, para acceder a la atención conforme a alguno de estos planes, comuníquese con cualquier proveedor de LIBERTY Dental Plan que tenga contrato para proporcionar servicios de acuerdo con su plan seleccionado para programar una cita. El Proveedor de Atención Primaria se comunicará con LIBERTY Dental Plan para verificar su elegibilidad. Puede obtener información sobre los proveedores contratados por teléfono o en nuestro sitio web. Consulte el Programa de Beneficios para determinar si su plan requiere que elija y sea asignado a un Proveedor de Atención Primaria, o si puede acceder a los servicios de cualquier Proveedor de Atención Primaria contratado dentro de la red.

En las regiones donde se requiere la asignación, todos los miembros del Beneficio Dental Pediátrico Esencial deben ser asignados y recibir tratamiento del mismo proveedor de atención primaria.

2. **Cómo cambiar su Proveedor de Atención Primaria:** Puede comunicarse con LIBERTY en cualquier momento para cambiar su Proveedor de Atención Primaria. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito (888) 844-3344 (en horario de oficina), o envíe una solicitud de cambio por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Su cambio solicitado a un Proveedor de Atención Primaria entrará en vigor el primer (1<sup>er</sup>) día del mes siguiente, si el cambio es recibido por LIBERTY Dental Plan antes del día (20) del mes actual. Su solicitud para cambiar de dentista no será procesada si tiene un saldo pendiente con su dentista actual.
3. **Atención de un Especialista:** Puede obtener atención de un Especialista dental solo después de que su Proveedor de Atención Primaria haya enviado a LIBERTY la derivación a un Especialista para su aprobación. Solo puede recibir los servicios de un Especialista dental que hayan sido pre-aprobados. Su Especialista presentará a LIBERTY una Autorización Previa de los servicios para su pre-aprobación.

#### **D. ATENCIÓN DE URGENCIA:**

La Atención de Urgencia es la atención que necesita dentro de las siguientes 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud dental causado por una enfermedad o lesión inesperada cuyo tratamiento no puede demorar. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales de urgencia solo si éstos se requieren para aliviar el dolor intenso o sangrado, o si un afiliado cree razonablemente que la condición, si no es diagnosticada o tratada, puede derivar en una discapacidad, disfunción o la muerte. Comuníquese con su Proveedor de Atención Primaria para sus necesidades de urgencia durante o fuera del horario de oficina. Si se encuentra fuera del área de servicio, puede comunicarse con LIBERTY para su derivación a otro dentista contratado que pueda tratar su condición urgente. Para la Atención de Urgencia después del horario de oficina y fuera del área de servicio, puede buscar un dentista que esté disponible para atenderlo. LIBERTY le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75), menos los Copagos correspondientes, por año calendario. Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los Servicios de Urgencia, preferentemente dentro de las siguientes 48 horas. Si se determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, no se cubrirán los servicios de un dentista no contratado.

#### **E. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA**

Todos los Proveedores de Atención Primaria afiliados a LIBERTY Dental Plan ofrecen atención dental de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. El Plan proporciona cobertura para Servicios Dentales de Emergencia solo si éstos se requieren para aliviar el dolor o sangrado grave, o si un Afiliado cree razonablemente que la condición, si no es diagnosticada o tratada, puede derivar a una discapacidad, disfunción o la muerte. Si se encuentra en una situación de emergencia dental en la que existe una amenaza inminente y grave para su salud, lo que incluye, entre otros, la posible pérdida de la vida, extremidad u otra función corporal importante, también podría considerar llamar al sistema de respuesta de emergencia "911". El uso de dicho sistema debe hacerse de manera responsable.



En caso de que necesite Atención Dental de Emergencia, comuníquese con su Proveedor de Atención Primaria para programar una cita de inmediato. Para condiciones dentales urgentes o inesperadas que ocurren después del horario de oficina o en los fines de semana, comuníquese con su Proveedor de Atención Primaria para instrucciones sobre qué hacer.

Si su Proveedor de Atención Primaria no está disponible, o si usted está fuera del área de servicio y no puede comunicarse con LIBERTY para que lo deriven a otro consultorio dental contratado, póngase en contacto con cualquier dentista certificado para recibir Atención de Emergencia. LIBERTY le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75), menos los Copagos correspondientes, por año calendario. Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los servicios de emergencia, preferentemente dentro de las siguientes 48 horas. Si se determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, no se cubrirán los servicios de un dentista no contratado.

**Servicio Dental de Emergencia** (*cubierto por su LIBERTY Dental Plan*), como lo define el Código de Salud y Seguridad de California, incluye una revisión dental, examen, evaluación por un dentista o Especialista dental para determinar si existe una condición dental de emergencia, y para dar la atención reconocida de acuerdo con los estándares profesionales de atención dental para aliviar los síntomas de emergencia en un consultorio dental.

**Reembolso por atención dental de emergencia:** Si se satisfacen los requerimientos bajo la sección titulada "Atención Dental de Emergencia", LIBERTY cubrirá hasta \$75 por tales servicios, menos los Copagos correspondientes, por año calendario. Si usted paga una factura por Atención Dental de Emergencia que tiene cobertura, envíe una copia de la factura pagada a LIBERTY Dental Plan LIBERTY Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Por favor incluya una copia de la reclamación del consultorio del Proveedor o una declaración legible de los servicios/la factura. 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 el servicio de emergencia.
- Declaración explicando las circunstancias de esta visita de emergencia.

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

- La razón de la denegación.
- Referencia a las disposiciones pertinentes en la Evidencia de Cobertura donde se muestra por qué negamos la reclamación.
- Aviso de su derecho de pedir una reconsideración de la negación y una explicación del procedimiento para presentar Quejas Formales. También puede consultar la sección de la EOC, "PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES", más adelante.

## **F. SEGUNDA OPINIÓN**

Puede pedir una segunda opinión sobre un diagnóstico dental para determinar los servicios cubiertos por su plan cuando sea necesario, sin costo para usted; solo comuníquese directamente con Servicios para Miembros llamando al número gratuito (888) 844-3344 o por correo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Su Proveedor de Atención Primaria también puede solicitar una segunda opinión dental en su nombre al presentar un formulario de derivación de especialidad estándar o de ortodoncia, junto con los rayos-x correspondientes. Todas las solicitudes de una segunda opinión dental son procesadas por LIBERTY Dental Plan dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber recibido la solicitud, o dentro de las 72 horas siguientes para los casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, lo que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante. Se le avisará de los arreglos para que pueda programar una cita. Si lo solicita, puede obtener una copia de la descripción de la política de LIBERTY Dental Plan sobre segundas opiniones dentales.

## **G. DERIVACIÓN A UN ESPECIALISTA**

En caso de que necesite ser visto por un Especialista, LIBERTY Dental Plan requiere Autorización Previa del beneficio. Su Proveedor de Atención Primaria es responsable de obtener autorización por usted para que pueda recibir atención especializada.

La solicitud de Autorización Previa se responderá dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de la solicitud, a menos que sea urgente.

Si se niega su Autorización Previa de derivación a un especialista, o no está satisfecho con la Autorización Previa, tiene el derecho de presentar una Queja Formal. Consulte la sección de la EOC "PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES", más adelante.

Si su Proveedor de Atención Primaria tiene dificultad para localizar a un Especialista en su área, comuníquese con Servicios para Miembros de LIBERTY para recibir ayuda para localizar a un Especialista.

Cualquiera de los servicios especiales que se consideren necesarios y aprobados previamente por LIBERTY como servicios médicos necesarios son para el tratamiento indicado por el especialista que ha propuesto el tratamiento. Los planes de tratamiento no son transferibles a otro especialista, a menos que el especialista posterior esté de acuerdo con el tratamiento propuesto por el especialista anterior.

Si no puede acceder a los servicios especializados dentro de la red en un periodo de tiempo o ubicación razonables (según lo determinado por el publicado requisito de acceso), puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar a otro especialista dentro de la red, o para hacer los arreglos necesarios para acceder a la atención de un especialista fuera de la red. Todos los cuidados especiales deben ser contar con la aprobación previa para la determinación de cobertura, necesidad médica o adecuación a las condiciones presentes. En tales casos, usted sería responsable financieramente solo por el copago indicado por los servicios cubiertos. También sería responsable económicamente de la tarifa habitual del proveedor por los servicios no cubiertos, electivos o por servicios que no se consideren médicamente necesarios después de la revisión de LIBERTY.

## **H. AUTORIZACIÓN, MODIFICACIÓN O NEGACIÓN DE SERVICIOS**

No es necesario obtener Autorización Previa de beneficios para obtener servicios dentales generales de su Proveedor de Atención Primaria. El Proveedor de Atención Primaria tiene la autoridad para hacer la mayoría de las determinaciones de cobertura. Las determinaciones de cobertura se logran mediante exámenes extensos orales que están cubiertos por su plan. Su Proveedor 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.

La derivación a un Especialista es la responsabilidad de su Proveedor de Atención Primaria contratado asignado (consulte arriba la sección "Derivación a un Especialista").

Los servicios especializados propuestos por cualquier Especialista a quien ha sido derivado deben tener Autorización Previa antes de brindar la atención, a excepción de los Servicios de Emergencia (Atención Dental de Emergencia y Servicios de Urgencia que se describieron anteriormente).

Usted o sus Proveedores pueden llamar a Servicios para Miembros al número gratuito 1-888-703-6999 para obtener información sobre las políticas de Autorización Previa de servicios, procedimientos o el estado de una derivación o Autorización Previa específica.

La derivación a un Especialista y la Autorización Previa de servicios especializados propuestos por el Especialista se procesan dentro de 5 días a partir de la recepción de toda la información necesaria para tomar la determinación. Cuando LIBERTY no pueda tomar la determinación dentro de los siguientes 5 días, LIBERTY notificará a su Proveedor y a usted sobre la información necesaria para completar la revisión y la fecha prevista de cuándo se tomará la determinación.

Cualquier negación, demora o modificación de los servicios incluirá una descripción clara y concisa de los criterios de revisión de utilización, las pautas, la razón clínica o la sección contractual de la documentación de cobertura que se usaron para tomar tal determinación. Tales determinaciones incluirán el nombre y número de teléfono del profesional de salud responsable de la determinación y la información sobre cómo usted puede presentar una Apelación.

Las determinaciones para negar, demorar o modificar el tratamiento solicitado en su nombre incluirán información sobre cómo usted puede presentar una Queja Formal sobre la base de esta determinación.

**Solicitudes urgentes:** Si usted o su Proveedor de Atención Primaria encuentran una condición urgente donde exista una amenaza inminente y grave para su salud, lo que incluye, entre otros, la posible pérdida de la vida, una extremidad u otra función corporal importante, o si el tiempo normal para el proceso de toma de decisiones como se describió anteriormente sería perjudicial para su vida o salud, la respuesta a esta solicitud de derivación no debe exceder las setenta y dos (72) horas a partir del momento en que recibimos tal información, según la naturaleza de la condición de urgencia o de emergencia.

La decisión de aprobar, modificar o negar la solicitud será comunicada al Proveedor de Atención Primaria dentro de veinticuatro (24) horas después de haber tomado la decisión. En caso de que la revisión sea retrospectiva (servicios que ya se proporcionaron), la decisión será comunicada al Afiliado dentro de treinta (30) días a partir de la recepción de la información.

## **I. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

**Miembros actuales:** Un miembro nuevo puede tener el derecho de recibir el beneficio de completar su atención con el proveedor terminado para ciertas condiciones dentales agudas o crónicas graves. Por favor, llame al Plan al 1-888-844-3344 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la política del Plan sobre continuidad de la atención. Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con el Proveedor cancelado. No estamos obligados a continuar su atención con ese Proveedor si usted no es elegible conforme a nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con el proveedor cancelado sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California.

**Miembros nuevos:** Un Miembro nuevo puede tener el derecho de recibir el beneficio de continuidad de la atención de su Proveedor No Participante para ciertas condiciones dentales agudas o crónicas graves. Por favor, llame al Plan al 1-888-844-3344 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la política del Plan sobre continuidad de la atención. Usted debe presentar una solicitud específica si desea continuar bajo el cuidado de su Proveedor actual. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible conforme a 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 política no se aplica a Miembros nuevos con un contrato individual.

#### **J. ASISTENCIA DE IDIOMAS**

Los Afiliados con dominio limitado del inglés podrán tener acceso a servicios de interpretación y traducción, incluida la traducción de documentos en algunos de los idiomas más hablados en California. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 888-844-3344.

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

#### **A. PRIMAS Y CUOTAS DE PRE-PAGO**

En la mayoría de los casos, su empleador hará los pagos de su prima directamente a LIBERTY. En algunos casos, usted hará los pagos a su empleador (consulte la sección "COBRA y Cal-COBRA") o se programará la deducción de la nómina para pagar la prima. Su empleador pagará a LIBERTY la prima cobrada.

Su prima y los términos de pago, incluso la dirección postal para los pagos, se dan directamente a su empleador o administrador del grupo. Si se requiere la divulgación de esta información, se incluye en el Apéndice 2.

Los pagos de las primas se pagan directamente a Covered California por parte de su empleador o grupo.

Las Primas deben pagarse para el período en que se reciben los servicios.

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

LIBERTY Dental Plan puede cambiar anualmente las cuotas de los beneficios cubiertos, los copagos y las primas. LIBERTY Dental Plan no reducirá los beneficios cubiertos ni aumentará la prima durante el plazo del acuerdo sin antes notificarle a usted por lo menos sesenta (60) días antes del cambio propuesto.

En el momento de la renovación, LIBERTY puede cambiar la prima, y su empleador le avisará con 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima que pueda afectarlo.

Para los miembros de Covered California, la renovación y los cambios en los beneficios pueden estar sujetos a términos y condiciones adicionales de Covered California, los cuales proporciona Covered California.

#### **C. OTROS CARGOS**

Usted es responsable solamente de las primas y copagos indicados de los servicios cubiertos. Usted puede ser responsable de otros Cargos por servicios no cubiertos u opcionales, como se describe en esta Evidencia de Cobertura. Hable sobre los Cargos por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su Proveedor. Para estar seguro sobre qué servicios en su plan de tratamiento son beneficios cubiertos por su plan y qué servicios, si los hay, son servicios no cubiertos u opcionales (que tendría que pagar de su bolsillo), quizás desee obtener la información escrita de todos los servicios propuestos o recibidos, ya sea que estén cubiertos o no.

Si recibe servicios que requieren la Autorización Previa sin la autorización necesaria (excepto servicios de Atención de Emergencia o Atención de Urgencia que sean médicamente necesarios), usted será responsable del pago completo de la cuota habitual del Proveedor por dichos servicios.

Usted puede ser responsable por cargos adicionales de cheques devueltos o rechazados, pagos con tarjetas de crédito canceladas, Cargos por citas canceladas o perdidas, u otro Cargo administrativo, como los cargos de financiamiento a empresas externas de pagos, según lo acordado mutuamente entre usted y su proveedor de conformidad con los acuerdos comerciales y divulgaciones de LIBERTY o el proveedor.

#### **D. RESPONSABILIDAD DE PAGOS**

En la mayoría de los casos, su empleador hará los pagos de su prima directamente a LIBERTY. En algunos casos, usted hará los pagos a su empleador (consulte la sección "COBRA y Cal-COBRA") o se programará la deducción de la nómina para pagar la prima. Usted es responsable de los copagos aplicados a cualquier servicio sujeto a las limitaciones y exclusiones de su plan.

Usted es responsable de pagar el honorario habitual del dentista en las siguientes situaciones:

- Para servicios no-cubiertos.
- Si recibe servicios de un dentista o centro no contratado.
- Si se requería una Autorización Previa y usted no obtuvo la Autorización Previa del tratamiento.
- Servicios recibidos fuera del área que posteriormente se determina que no califican como servicios de Atención de Emergencia o Atención de Urgencia, tal como el tratamiento de rutina más allá de la estabilización de la situación de emergencia, entre otros.

Los Servicios de Emergencia pueden estar disponibles fuera de la red o sin Autorización Previa en algunas situaciones (consulte la sección "Atención Dental de Emergencia" arriba).

**IMPORTANTE:** Antes de que le presten servicios no cubiertos, su Dentista Contratado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluye cada servicio previsto y el costo estimado. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 888-844-3344.

En ningún caso usted será responsable de los montos adeudados a un Proveedor contratado por LIBERTY. En caso de que LIBERTY no pague a un Proveedor no Contratado, usted puede ser responsable ante el Proveedor no Contratado por el costo de los servicios que recibió.

#### **E. REEMBOLSO DE PROVEEDORES**

LIBERTY paga por los Servicios Cubiertos a los dentistas contratados a través de una variedad de arreglos incluyendo Capitación, pago por servicio y subpagos suplementarios, además de la Capitación. El reembolso varía según el área geográfica, el dentista general, el Especialista y el código del procedimiento. Para obtener más información sobre los reembolsos, puede enviar una solicitud por escrito a LIBERTY a la dirección indicada anteriormente.

## **V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN**

### **A. QUIÉN TIENE DERECHO A LOS BENEFICIOS**

Su plan dental de LIBERTY es proporcionado por su empleador o grupo, y se coordina a través de LIBERTY. Usted es elegible para recibir la atención en la fecha efectiva fijada por su empleador o grupo. Puede llamar a su dentista seleccionado en cualquier momento después de la fecha en que entra en vigencia su cobertura. Asegúrese de identificarse como miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame al dentista para hacer su cita. También le recomendamos que lleve esta Evidencia de Cobertura o el Programa de Beneficios y las Limitaciones y Exclusiones aplicables cuando vaya a su cita. Su Lista de Beneficios completa, que enumera los copagos y otros cargos, se proporciona con este documento al inicio del contrato, y está disponible por separado cuando se solicite [o sea requerido, se adjunta como Anexo 1]. De esta manera, puede consultar los Beneficios y los Copagos aplicables que son los gastos de bolsillo asociados a su plan, así como cualquier tratamiento no cubierto.

### **B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE**

**Para planes de Beneficio Dental Pediátrico Esencial:** Usted debe vivir o trabajar en el Área de Servicio. La inscripción está disponible para:

- Hijos solteros Dependientes (incluyendo hijos adoptados) hasta su cumpleaños diecinueve (19).
- Nuevos hijos Dependientes colocados en adopción e hijastros hasta el cumpleaños diecinueve (19), y recién nacidos.

**Para todos los planes que no son planes EPDB:** Como Empleado o Miembro del Grupo, usted y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en LIBERTY Dental Plan. Usted debe vivir en el Área de Servicio del plan. Los suscriptores de grupo potenciales también deben reunir los requerimientos de elegibilidad del empleador. Puede inscribir a:

- Su cónyuge.
- Su Pareja Doméstica. Una pareja doméstica es 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.
- Hijos solteros dependientes (incluso hijos adoptados) menores de veintiséis (26) años y otros hijos dependientes si su grupo brinda beneficios para esos dependientes.
- Hijos incapacitados que dependen de usted para su sustento y que no pueden mantenerse por sí mismos debido a alguna incapacidad física o mental. Debe comprobar la incapacidad al momento de inscripción.
- Nuevos dependientes tales como nuevo cónyuge, hijos adoptados o hijos recién nacidos.

## **VI. SERVICIOS CUBIERTOS**

Usted está cubierto para los servicios y procedimientos dentales que se indican a continuación cuando sean necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente, y según las Limitaciones y Exclusiones que se describen para cada categoría y para todos los servicios. Consulte la Lista de Beneficios para obtener una lista detallada de los procedimientos dentales específicos cubiertos 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 conforme a LIBERTY Dental Plan. Los Programas de Beneficios se incluyen en este documento al inicio del contrato y están disponibles por separado cuando las solicite a LIBERTY Dental Plan llamando a Servicios para Miembros al (número gratuito): (888) 844-3344, o a través del sitio web de LIBERTY Dental en [www.LIBERTYDentalPlan.com](http://www.LIBERTYDentalPlan.com). Cuando se requiera, la Lista de Beneficios también puede incluirse en el Anexo 1 de este documento.

#### **A. Servicios dentales de diagnóstico**

Los servicios dentales de diagnóstico son los que se usan para diagnosticar su condición dental y evaluar el tratamiento dental cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios dentales de diagnóstico que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

#### **B. Servicios dentales preventivos**

Los servicios dentales preventivos se usan para mantener una buena salud dental o para evitar el deterioro de una condición dental cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios dentales Preventivos que figuran en su Programa de Beneficios completo que se incluye en este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

#### **C. Servicios dentales de restauración**

Los servicios dentales de restauración se usan para reparar y restaurar los dientes naturales a una condición saludable cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios dentales de restauración que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

#### **D. Servicios endodónticos**

Los servicios endodónticos son procedimientos que implican el tratamiento de la pulpa, el conducto radicular y las raíces, cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los siguientes tipos de servicios endodónticos que figuran en su Programa de Beneficios completo que se incluye en este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

#### **E. Servicios periodónticos**

Los servicios periodónticos son aquellos procedimientos que implican el tratamiento de la encía y el hueso que sostiene los dientes, así como el control de la gingivitis (inflamación de las encías) y la periodontitis (enfermedad de las encías), cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios periodónticos que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

#### **F. Servicios prostodónticos**

La prostodoncia (removible) es la especialidad que se encarga del reemplazo de las piezas dentarias perdidas con una prótesis removible y del mantenimiento de dicha prótesis. La prostodoncia (fija) es la especialidad que se encarga del reemplazo de los dientes perdidos con una prótesis fija.

Tiene cobertura para los servicios prostodónticos que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

#### **G. Servicios de cirugía oral**

Los servicios de cirugía oral son los procedimientos que implican la extracción de dientes y otros procedimientos quirúrgicos que se enumeran en la Lista de Beneficios.

Tiene cobertura para los servicios de cirugía oral que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

#### **H. Servicios dentales complementarios**

Los servicios dentales complementarios son servicios auxiliares tales como anestesia durante servicios dentales, blanqueo, protectores bucales, etc. Tiene cobertura para los servicios dentales complementarios que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

#### **I. Servicios de ortodoncia**

Los servicios de ortodoncia son procedimientos que implican enderezar los dientes y el tratamiento de las discrepancias en la relación de la mordedura de los dientes y las mandíbulas. Los servicios de ortodoncia no son una categoría cubierta requerida de servicio dental. Consulte su Programa de Beneficios completa incluida en este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, para ver una lista de los servicios de ortodoncia que su plan de beneficios cubre y brinda, así como cualquier limitación y exclusión pertinente.

#### **J. Servicios de urgencia y de emergencia**

Consulte la información proporcionada anteriormente en esta Evidencia de Cobertura para ver una descripción de la cobertura de Servicios Dentales de Emergencia, incluyendo Servicios de Urgencia fuera del área de servicio, y cómo acceder a ellos.

#### **K. Servicios proporcionados por un Especialista**

Consulte la información proporcionada anteriormente en esta Evidencia de Cobertura para ver una descripción de la cobertura de servicios disponibles prestados por un Especialista, incluyendo una lista de los tipos de Especialistas dentales cubiertos y cómo acceder a servicios especializados.

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

Consulte su Programa de Beneficios completa incluida en este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, para ver las limitaciones de procedimientos cubiertos y las exclusiones de los beneficios de su plan como parte del Programa de Beneficios.

### **A. EXCLUSIONES GENERALES**

LIBERTY no cubrirá:

- La atención que recibe de un médico que no está en la red de LIBERTY, a menos que tenga la pre-aprobación de LIBERTY o que necesite Atención de Urgencia o Atención de Emergencia, o que se encuentre fuera del Área de Servicio de LIBERTY.
- La atención que no sea médicamente necesaria.
- Los procedimientos que no se enumeran ni se incluyen en la Lista de Beneficios.
- Los exámenes que necesita solo para conseguir trabajo, asistir a la escuela, jugar un deporte u obtener una licencia o certificación profesional.
- Los servicios ordenados para usted por un tribunal, a menos que sean médicamente necesarios y estén cubiertos por LIBERTY.
- El costo de copiar sus registros médicos. (Este costo es por lo general un pequeño cargo por página.)
- Los gastos de traslado, tales como taxis y pasajes de autobús, para ver a un médico o recibir atención médica.
- Otras exclusiones se incluyen en su Programa de Beneficios completo que se incluye en este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite.
- **IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos por este plan, un proveedor dental participante puede cobrar su tarifa usual por dichos servicios. Antes de proveer a un paciente servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el dentista debe proporcionar al paciente un plan de tratamiento que incluye cada servicio anticipado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar a servicios para miembros al [\(888\) 844-3344](tel:888-844-3344) o a su agente de seguros. Para comprender completamente su cobertura, lea atentamente este documento de evidencia de cobertura.

### **B. CITAS PERDIDAS**

LIBERTY realmente recomienda que si necesita cancelar o reprogramar una cita con su Proveedor, notifique al Consultorio Dental lo antes posible. Esto permitirá a LIBERTY y al Proveedor programar a otra persona que necesite atención. Los proveedores 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. Terminación por pérdida de elegibilidad**

Su Plan LIBERTY podrá ser finalizado por su empleador o grupo que se suscribe a LIBERTY para cobertura dental. Si esto sucede, recibirá un aviso a través de su empleador o administrador del grupo al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. La cobertura para sus dependientes también terminará.

La cobertura de su Plan de LIBERTY también puede terminar si deja su trabajo o ya no trabaja las horas suficientes para estar en el plan de su empleador. En este caso, la cobertura de sus dependientes también terminará.

Su cobertura del Plan de LIBERTY también puede terminar si ya no vive o trabaja en el área de servicio de LIBERTY o si su empleador o grupo deja de ofrecer algún plan dental.

El plan dental HMO dental pediátrico es un plan EPDB únicamente, y por lo tanto, su cobertura terminará cuando alcance la edad límite indicada en este documento de Evidencia de Cobertura.

#### **2. Terminación por incumplimiento de pago de la prima**

Si su empleador o grupo no paga la prima, LIBERTY enviará un aviso a su empleador o grupo para informar que la prima está vencida.

Si las primas no se pagan de acuerdo con este contrato, el contrato será terminado a partir de la media noche del día 30 después del último día del mes en que recibimos el último pago, sujeto al cumplimiento de requerimientos de aviso y aceptación de LIBERTY Dental Plan. Esto es equivalente a un período de gracia mínimo de 30 días. La terminación por parte de LIBERTY cumplirá con la Sección 1365(a) del Código de Salud y Seguridad, en su forma enmendada, y cualquier guía o norma asociada que esté vigente en ese momento.

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

Si usted termina su cobertura del Plan mientras el contrato entre usted y LIBERTY Dental Plan está vigente, su Proveedor de Atención Primaria o Especialista debe completar cualquier procedimiento en curso que haya empezado antes de que usted termine su contrato, y cumplir con los términos y condiciones del Plan.

Si usted termina su cobertura del Plan después del inicio de tratamiento de ortodoncia, será responsable por los Cargos restantes del tratamiento de ortodoncia.

#### **4. Terminación por fraude**

LIBERTY puede terminar la cobertura actual en vigor si LIBERTY puede demostrar que un Suscriptor ha cometido una acción que constituye fraude, o ha hecho una tergiversación intencional de hechos materiales. Las prácticas o actos fraudulentos incluyen, entre otros, permitir que otra persona utilice su tarjeta de identificación para obtener servicios bajo este plan dental; o involucrarse de otra manera en un fraude o engaño al presentar a LIBERTY, o al Proveedor, información "material" incompleta o incorrecta que afectaría la información de inscripción con el fin de usar los servicios o instalaciones del plan, o que a sabiendas permite que otra persona cometa dicho fraude o engaño. En tales casos, el Suscriptor recibirá una carta por correo certificado al menos 30 días antes de la fecha efectiva de la terminación que explica el motivo de la terminación prevista, y el aviso de derechos de apelación. Un Suscriptor que alega que una inscripción ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente, puede solicitar una revisión por parte del Director del DMHC. Tras la notificación de finalización del proceso de apelación, la terminación entrará en vigor inmediatamente al momento de dicha notificación de LIBERTY Dental Plan.

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

LIBERTY no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha finalizado, cancelado de forma indebida, rescindido o no renovado a causa de su condición de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión por parte 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 al plan. Dentro de los 15 días de la fecha en que recibimos tal notificación, el plan solicitará una audiencia o reincorporará al Afiliado o Suscriptor. La reincorporación será retroactiva al tiempo de la cancelación o la no renovación, y el plan será responsable de los gastos incurridos por el Afiliado o Suscriptor por 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

(1-888-HMO-2219), o a la línea TDD al (1-877-688-9891) para las personas con limitaciones para escuchar o hablar. La página de Internet del departamento es <http://www.hmohelp.ca.gov>.

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

La cobertura puede terminarse, cancelarse o no renovarse después de 30 días desde la fecha de notificación de la terminación, excepto cuando se trate de un fraude y tergiversación intencional de un hecho material, donde entraría en vigor inmediatamente al momento de la notificación.

#### **C. DESAFILIACIÓN**

Usted puede darse de baja del plan comunicándose con LIBERTY por teléfono o por escrito. La desafiliación entra en vigor al finalizar el último día del período para el cual se pagó la prima.

#### **D. RESCISIÓN**

Rescisión significa que LIBERTY puede cancelar su cobertura como si ésta nunca hubiera existido. LIBERTY puede rescindir solo en caso de fraude o declaración falsa intencional, como presentar intencionalmente información o materiales incompletos o incorrectos en su solicitud de inscripción, entre otros. Tiene el derecho de apelar cualquier decisión de rescindir su membresía. Los procedimientos de apelación le serán proporcionados junto con el aviso de rescisión. Un Suscriptor que alega que una inscripción ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente, puede solicitar una revisión por parte del Director del DMHC. Tras la notificación de finalización del proceso de apelación, la terminación entrará en vigor inmediatamente al momento de dicha notificación de LIBERTY Dental Plan. Excepto lo dispuesto por la ley, LIBERTY no puede rescindir su cobertura después de 24 meses a partir de la emisión del contrato de cobertura.

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

Su cobertura se renovará automáticamente de acuerdo con los mismos términos y condiciones, salvo que LIBERTY le informe a usted por escrito, al menos 30 días antes de finalizar el plazo de su cobertura sobre cualquier cambio en la Prima, la cobertura u otros términos o condiciones de su cobertura.

### **X. CONTINUACIÓN INDIVIDUAL DE COBERTURA DENTAL (COBRA, CAL-COBRA, COBERTURA DE CONVERSIÓN Y HIPAA)**

#### **A. COBRA**

Para obtener más información sobre COBRA, llame al número gratuito de la Administración de Seguridad de Beneficios al Empleado (EBSA) al 1-866-444-3272.

- COBRA es una ley estadounidense que se aplica a los empleadores que tienen 20 o más empleados en su plan de salud colectivo.
- COBRA puede permitir que Usted y sus Dependientes mantengan la cobertura de LIBERTY hasta por 18 o 36 meses, dependiendo del evento que califica y otras circunstancias. Si ya no es elegible para COBRA después de 18 meses, quizás pueda mantener sus beneficios a través de Cal-COBRA. Consulte la información más adelante.
- Cada persona que califique puede, independientemente, elegir/inscribirse en la cobertura de COBRA. Un padre o tutor legal puede elegir la cobertura COBRA para un menor de edad.
- Con COBRA, tiene los mismos beneficios que los miembros actuales con cobertura de LIBERTY.
- Debe pagar la totalidad de la prima mensual.

#### **Importantes fechas límite para elegir/inscribirse en COBRA con LIBERTY Dental Plan:**

Es importante cumplir con los siguientes plazos. Si no lo hace, pierde el derecho a la cobertura de COBRA.

1. **Notificación de un evento que califica:** Los empleadores deben notificar a LIBERTY dentro de los siguientes 30 días cuando ocurran los siguientes eventos que califican:
  - El trabajo del empleado termina
  - Las horas de trabajo del empleado se reducen
  - El empleado reúne los requisitos para recibir beneficios de Medicare
  - El empleado muere



Usted o su dependiente deben notificar a LIBERTY por escrito dentro de un plazo de 60 días después que ocurra cualquiera de los siguientes eventos que califican:

- El empleado se divorcia o separa legalmente
  - Un hijo u otro dependiente ya no califica como dependiente bajo las reglas del plan
2. **Aviso de elección:** Por lo general, debe enviar un aviso de elección a más tardar 14 días después de que su empleador reciba el aviso de que ha ocurrido un evento que califica.
  3. **Período de elección:** Usted tiene 60 días para notificar a su empleador por escrito que desea elegir/inscribirse en la cobertura de COBRA. Los 60 días comienzan en la última de las dos fechas siguientes:
    - La fecha en que recibe la notificación de elección.
    - La fecha en que finalizó su cobertura.
  4. **Pago de la prima:** Usted debe pagar las primas de su cobertura de COBRA según las instrucciones de su empleador. LIBERTY debe recibir el primer pago de su prima dentro de los 45 días posteriores a su inscripción en COBRA. Esta primera prima abarca el tiempo a partir de la fecha en que su cobertura finalizó debido al evento que califica hasta el día en que se inscribió en COBRA. Luego, debe pagar una prima mensual, según las instrucciones de su empleador o LIBERTY, durante todo el tiempo que permanezca en COBRA.

### **Si su cobertura de COBRA está a punto de finalizar, quizás pueda elegir/inscribirse en Cal-COBRA:**

Cuando terminen sus 18 meses de COBRA, quizás pueda mantener la cobertura de LIBERTY hasta por 18 meses más conforme a Cal-COBRA. Si permaneció en COBRA durante 36 meses, no puede obtener Cal-COBRA por ningún periodo de tiempo adicional.

Su empleador debe enviarle un formulario de inscripción. Usted debe llenar el formulario de inscripción y devolverlo a su empleador como se lo indican, y pagar la prima, a más tardar, 30 días después de recibir el formulario de inscripción.

### **Perderá la cobertura de COBRA si:**

- No paga sus primas a tiempo.
- Se muda fuera del área de servicio de LIBERTY.
- Su anterior empleador ya no ofrece ningún plan de salud.
- Reúne los requisitos para recibir Medicare.
- Se inscribe en otro plan de salud.
- Si comete fraude, lo que significa que intencionalmente engañó a LIBERTY o tergiversó su información, o permitió que alguien más lo hiciera, con el fin de obtener los servicios de salud.

## **B. Cal-COBRA**

Cal-COBRA es una ley de California que se aplica a los empleadores que tienen entre 2 y 19 empleados en su plan de salud colectivo.

- Cal-COBRA puede permitirle a usted, sus dependientes y antiguos dependientes mantener la cobertura de LIBERTY hasta por 36 meses.
- Tiene los mismos beneficios que los miembros actuales con cobertura de LIBERTY.
- Debe pagar la totalidad de la prima mensual.

### **Importantes fechas límite para elegir/inscribirse en Cal-COBRA con LIBERTY:**

Es importante cumplir con los siguientes plazos. Si no lo hace, pierde el derecho a la cobertura de Cal-COBRA.

1. **Notificación de un evento que califica:** Los empleadores deben notificar a LIBERTY dentro de los siguientes 30 días cuando ocurran los siguientes eventos que califican:
  - El trabajo del empleado termina
  - Las horas de trabajo del empleado se reducen

Usted o su dependiente deben notificar a su empleador y a LIBERTY por escrito dentro de los 60 días después que ocurra cualquiera de los siguientes eventos que califican:

- El empleado muere
- El empleado se divorcia o separa legalmente
- Un hijo u otro dependiente ya no califica como dependiente bajo las reglas del plan
- El empleado reúne los requisitos para recibir beneficios de Medicare

2. **Aviso de elección:** Por lo general, debe enviar un aviso de elección a más tardar 14 días después de que su empleador reciba el aviso de que ha ocurrido un evento que califica.
3. **Periodo de elección:** Usted tiene 60 días para notificar a su empleador o LIBERTY por escrito que desea elegir/inscribirse en la continuación de cobertura de Cal-COBRA. Los 60 días comienzan en la última de las dos fechas siguientes:
  - La fecha en que recibe la notificación de elección.
  - La fecha en que finalizó su cobertura.
4. **Pago de la prima:** Usted debe pagar las primas de su cobertura de Cal-COBRA según las instrucciones de su empleador. LIBERTY debe recibir de su empleador el primer pago de su prima dentro de los 45 días posteriores a su inscripción en Cal-COBRA. Esta primera prima cubre el tiempo desde la fecha en que finalizó su cobertura debido al evento que califica hasta el día en que se inscribió en Cal-COBRA. Luego, debe pagar una prima mensual, según las instrucciones de su empleador durante todo el tiempo que permanezca en COBRA.

**Si su anterior empleador deja de ofrecer la cobertura de LIBERTY cuando usted está en Cal-COBRA:**

- Usted puede elegir/inscribirse en Cal-COBRA con el nuevo plan de salud ofrecido por su empleador.
- Debe inscribirse y pagar su primera prima según las instrucciones de su empleador con el nuevo plan de salud a más tardar 30 días después de recibir la notificación de que la cobertura de LIBERTY ya no se ofrece. Si no cumple con este plazo, sus beneficios de Cal-COBRA terminarán.

**Perderá la cobertura de Cal-COBRA si:**

- No paga sus primas a tiempo.
- Se muda fuera del área de servicio de LIBERTY.
- Su anterior empleador ya no ofrece ningún plan de salud.
- Se inscribe o reúne los requisitos para recibir Medicare.
- Se inscribe en otro plan de salud. (Sin embargo, si su nuevo plan tiene un periodo de espera para condiciones preexistentes y no se ha agotado toda su elegibilidad de Cal-COBRA, puede mantener su cobertura de Cal-COBRA hasta que haya terminado el periodo de espera.)
- Si comete fraude, lo que significa que intencionalmente engañó a LIBERTY o tergiversó su información, o permitió que alguien más lo hiciera, con el fin de obtener los servicios de salud.

## **XI. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES**

Si no está satisfecho con su Proveedor de Atención Primaria seleccionado, el personal, las instalaciones, la derivación de especialidad, la Autorización Previa, el reclamo o la atención dental que reciba, tiene el derecho de presentar una queja ante el plan dental. Una queja es lo mismo que una Queja Formal. Los formularios de quejas formales pueden solicitarse llamando al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al (888) 844-3344. Los formularios de quejas formales también están disponibles en nuestro sitio web, [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), o llamando a Servicios para Miembros de LIBERTY o puede preguntar a su Proveedor. Los formularios de Quejas Formales no son requeridos. LIBERTY investigará una Queja Formal presentada en cualquier formato. Su queja o Queja Formal pueden presentarse de las siguientes maneras:

- Por escrito: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110, o
- Por fax: Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al (949) 223-0011, o
- Verbalmente: Llamando a un representante de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al número gratuito (888) 844-3344, o
- Usando el proceso de presentación de quejas formales en línea a través de nuestro sitio web [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Puede solicitar la ayuda de un "defensor del paciente" para presentar una Queja Formal. Para Quejas Formales que involucran a menores de edad o personas incapacitadas o incompetentes, el padre, tutor, custodio, familiar u otra persona designada por el Miembro, en su caso, podrá presentar la Queja Formal ante LIBERTY, o al DMHC para asuntos urgentes (consulte "Quejas Formales Urgentes" más adelante).

Si no domina el idioma inglés o si tiene una discapacidad visual u otra limitación de comunicación, LIBERTY le ayudará a presentar una Queja Formal. La asistencia puede incluir la traducción de los procedimientos de Queja Formal, los formularios y las respuestas de LIBERTY, y también puede incluir el acceso a intérpretes y a los sistemas de transmisión telefónica para ayudar a las personas con limitaciones para comunicarse.

No será discriminado de ninguna manera por parte de LIBERTY o su Proveedor por presentar una Queja Formal.

Puede presentar una Queja Formal dentro de los siguientes 180 días calendario después de cualquier incidente o acción que sea objeto de su descontento.

Los representantes de LIBERTY Dental Plan revisarán el problema con usted y tomarán los pasos apropiados para una resolución rápida. Le confirmaremos que hemos recibido su Queja Formal dentro de los siguientes cinco (5) días calendarios después de recibirla. Las Quejas Formales serán resueltas dentro de los siguientes 30 días.

**Quejas Formales exentas de acuse de recibo y respuesta por escrito:** En algunos casos, las Quejas Formales que se reciben por teléfono, fax, correo electrónico o a través de un sitio web que no son disputas de cobertura, o que no implican una Necesidad Dental y se resuelven el siguiente día hábil, no requieren un acuse de recibo o respuesta por escrito. En estos casos, será contactado por el mismo método por el cual usted presentó la Queja Formal, o por el que se habló con usted en el momento de presentar su queja.

La siguiente información es requerida por el estado de California en relación con su plan dental.

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

El DMHC ha establecido un número de teléfono gratuito para que usted, como Miembro, lo use en caso de tener una queja en contra de un plan de servicios de salud, o para solicitar la revisión de cancelaciones, rescisiones y no renovaciones bajo la sección 1365(b) del Código de Salud y Seguridad y la guía y reglas relacionadas. Ese número es el **888-HMO-2219**. Como Miembro, puede presentar una queja en contra de LIBERTY Dental Plan; pero solo lo puede hacer después de haberse comunicado con el plan directamente y haber utilizado el proceso de resolución de quejas.

Un miembro puede presentar de inmediato una queja ante 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 esa queja de manera satisfactoria dentro de los siguientes treinta (30) días después de haber presentado la queja ante el plan de servicios de salud.

**Declaración requerida por el estado de California:** El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio del cuidado de la salud. Si tiene una queja formal contra su Plan de Salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-888-844-3344** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso para presentar quejas no prohíbe ningún derecho o remedios legales que usted pudiera tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal 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, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. Usted también podría ser elegible para una revisión independiente médica (IMR). Si es elegible para una IMR, dicho 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, la decisión de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, 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 web del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, incluye formularios para presentar quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

**Resoluciones y respuestas de Quejas Formales:** Para quejas formales relacionadas con servicios solicitados que fueron negados, demorados o modificados basándose, en su totalidad o en parte, en una constatación de que el servicio de salud propuesto no es un beneficio cubierto, la respuesta indicará el documento, la página y la disposición exactos que se aplicaron para responder a la Queja Formal.

Para Quejas Formales relacionadas con los servicios de salud solicitados que fueron negados, demorados o modificados, en su totalidad o en parte, en base a la determinación de que el servicio no es médicamente (dentalmente) necesario, la respuesta indicará los criterios, la pauta clínica o la política empleados para adoptar la determinación.

**Quejas Formales urgentes:** Para casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, lo que incluye, entre otros, dolor intenso, la posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante, LIBERTY apresurará el proceso de su Queja Formal al recibir la notificación de esta condición de urgencia. LIBERTY resolverá la condición de urgencia dentro de los siguientes 3

días calendarios de la recepción de la Queja Formal, o antes, en base a la condición. En caso de Quejas Formales urgentes, a usted no se le requiere esperar la determinación de LIBERTY antes de acceder al DMHC, como se indicó anteriormente.

Si no está satisfecho con la resolución que se le otorgó inicialmente, puede comunicarse con el DMHC, como se indicó anteriormente. También puede presentar materiales adicionales al Departamento de Control de Calidad de LIBERTY Dental Plan para su consideración. Sus solicitudes deben ser por escrito con un resumen detallado y deben enviarse a:

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

Cualquier información adicional se procesará como una nueva queja formal.

## **B. MEDIACIÓN**

También puede solicitar una mediación voluntaria con LIBERTY antes de ejercer su derecho de presentar una Queja Formal ante el DMHC. El uso de la mediación no excluye su derecho de presentar una Queja Formal al DMHC después de finalizar la mediación. Para poder iniciar la mediación, usted o su agente deben aceptar voluntariamente el proceso de mediación. Los gastos de la mediación se dividirán en partes iguales entre usted y LIBERTY.

## **C. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)**

En casos donde se niega la solicitud de Autorización Previa para Servicios Cubiertos por parte de un proveedor de LIBERTY Dental Plan, y que se consideran práctica médica o que se proporcionen de conformidad con un contrato entre LIBERTY y un plan de salud (que cubre beneficios hospitalarios, médicos o quirúrgicos), puede ser elegible para el programa de Revisión Médica Independiente (IMR) del DMHC. Los suscriptores pueden solicitar un formulario para la revisión médica independiente de su caso comunicándose con LIBERTY Dental Plan al 888-844-3344 o por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. También puede solicitar los formularios del Departamento de Atención Médica Administrada. 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>. La Revisión Médica Independiente solo está disponible para ciertos servicios médicos.

## **D. ARBITRAJE**

Si usted o uno de sus Dependientes elegibles no están satisfechos con los resultados del proceso de resolución de quejas de LIBERTY Dental Plan, y todos los procedimientos de resolución de quejas se han agotado, podrá presentar el problema a un proceso de arbitraje para su resolución. Si usted o uno de sus Dependientes elegibles piensan que alguna conducta se derivó o se relaciona con su participación como Miembro de LIBERTY Dental Plan, incluso una responsabilidad médica o contractual, el asunto debe resolverse por medio de arbitraje. Se realizará el arbitraje de acuerdo con las reglas y regulaciones de la Asociación Americana de Arbitraje vigentes en el momento en que se presentó la Queja Formal (disputa o controversia) y estará sujeto a la Sección 1295 del Código de Procedimientos Civiles de California.

# **XII. OTRAS DISPOSICIONES**

## **A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Como Miembro con cobertura, siempre recibirá sus beneficios de LIBERTY. LIBERTY no considera su Plan como secundario a cualquier otra cobertura que pueda tener. Usted tiene el derecho de recibir los Beneficios como se indica en esta Evidencia de Cobertura, más allá de cualquier otra cobertura adicional que pueda tener. Sin embargo, cualquier cobertura de Covered California que tenga, y que se incluya 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, 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 recibir el reembolso por estos servicios.

## **C. OPORTUNIDAD PARA PARTICIPAR EN EL COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA DE LIBERTY**

Si desea participar en el Comité de Política Pública de LIBERTY, el cual evalúa el desempeño del plan y ayuda a establecer políticas públicas de LIBERTY, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 844-3344, o contacte al Departamento de Control de Calidad al correo electrónico [qm@libertydentalplan.com](mailto:qm@libertydentalplan.com).

#### **D. REPORTE DE POSIBLES FRAUDES**

LIBERTY ha establecido una línea telefónica exclusiva para reportar fraudes: (888) 704-9833. 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 vigilada 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 Dental Plan para realizar una investigación exhaustiva.

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; y/o
- 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.

#### **E. NO DISCRIMINACIÓN**

LIBERTY y los Proveedores contratados brindan atención en un entorno no discriminatorio. No se tolera la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, orientación sexual o edad, estado de la enfermedad, ceguera o discapacidad física/mental.

#### **F. PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES**

Como se ha indicado a lo largo de este documento, a usted no se le requiere presentar reclamaciones directamente ante LIBERTY. Sus servicios dentales generales se coordinan con el Proveedor de Atención Primaria participante, quien a su vez presenta los reclamos en su nombre. Sus servicios de atención especializada se reportan a LIBERTY por medio del Especialista. Si recibe servicios fuera de la red debido a una emergencia fuera del horario de oficina o por una situación Fuera del Área de Servicio, consulte la sección anterior para ver cómo presentar sus gastos a LIBERTY con el fin de recibir el reembolso (consulte "Reembolso para atención dental de emergencia").

#### **G. DONACIÓN DE ÓRGANOS**

El DMHC requiere a LIBERTY que le informe que 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 derive en la oportunidad de hacerlo. Puede obtener más información sobre la donación de órganos en <http://donatelife.net>

#### **H. ASISTENCIA DE IDIOMAS**

Los Afiliados con dominio limitado del inglés podrán tener acceso a servicios de interpretación y traducción, incluida la traducción de documentos en algunos de los idiomas más hablados en California. Consulte las declaraciones a continuación:

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta noticia? Si no, alguien le puede ayudar a leerla.

Además, es posible que reciba esta carta escrita en su propio idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al 1-888-844-3344.

#### **I. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DE LIBERTY DENTAL PLAN**

Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan proporciona apoyo de atención al cliente gratuito de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., en días de oficina 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 de Servicio de Retransmisión de California llamado al 1-800-735-2929 (TTY) o al 1-877-5378 (TTY) para comunicarse con el Departamento. Nuestro número gratuito es (888) 844-3344.

#### **J. DERECHOS 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 Formales y estar informado del proceso de quejas formales.
- Tener acceso y disponibilidad de atención.
- Tener acceso a sus registros dentales.
- Participar en la toma de decisiones sobre el curso de su tratamiento.
- Recibir información sobre un Proveedor.
- Recibir información sobre los servicios, Beneficios y el proceso de derivación a Especialistas de la organización.

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

#### **K. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Como Miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Identificarse como Miembro de LIBERTY Dental Plan ante su Consultorio Dental seleccionado.
- Tratar al Proveedor 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 el consultorio dental, con al menos veinticuatro (24) horas de anticipación, para cancelar una cita.
- Cooperar con el Proveedor de Atención Primaria para seguir el curso de tratamiento recetado.
- Hacer sus Copagos al momento de recibir el servicio.
- Informar a LIBERTY Dental Plan de cambios en el estado de su familia.
- Estar al tanto de y seguir las pautas de la organización al solicitar atención dental.

#### **L. 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 y los servicios y la existencia de cobertura. LIBERTY no recompensa ni incentiva a los revisores emitir denegaciones de cobertura o atención, ni proporciona incentivos que fomenten decisiones que resulten en subutilización.

El personal de gestión de utilización de LIBERTY firma anualmente una certificación que indica que se tomaron decisiones de revisión sobre la base de la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura.

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

P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110

(888) 844-3344



**Apéndice 1:**

**LISTA DE BENEFICIOS  
SERVICIOS CUBIERTOS**

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



**Apéndice 2:**

**PRIMA, CUOTAS DE PRE-PAGOS  
Y CARGOS**

**La Prima de su grupo y muchos otros cargos y tarifas se brindan al patrocinador del grupo.**



**Discrimination is against the law.** LIBERTY Dental Plan (“LIBERTY”) complies with all applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

LIBERTY provides free aids and services to people with disabilities, and free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters, including sign language interpreters
- Written information in other languages and formats, including large print, audio, accessible electronic formats, etc.

If you need these services, please contact us at 1-888-844-3344.

If you believe LIBERTY has failed to provide these services or has discriminated on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with LIBERTY’s Civil Rights Coordinator:

- **Phone:** 888-704-9833
- **TTY:** 800-735-2929
- **Fax:** 888-273-2718
- **Email:** [compliance@libertydentalplan.com](mailto:compliance@libertydentalplan.com)
- **Online:** <https://www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY-Dental/Compliance/Contact-Compliance.aspx>

If you need help filing a grievance, LIBERTY’s Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)  
Online at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

**Notice of Language Assistance**

**IMPORTANT:** You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to request written information (in your language or in a different format, such as Braille or larger font), first call your health plan’s phone number at 1-888-844-3344. Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219.

**IMPORTANTE:** Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un intérprete o pedir información escrita (en su idioma o en algún formato diferente, como Braille o tipo de letra más grande), primero llame al número de teléfono de su plan de salud al 1-888-844-3344. Alguien que habla español puede ayudarlo. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219. (Spanish)

**重要提示:** 您與您的醫生或保健計劃工作人員交談時，可獲得免費口譯服務。如需口譯員服務或索取（用給您的語言或布萊葉盲文或大字體等不同格式提供的）書面資料，請先打電話給您的保健計劃，電話號碼 1-888-844-3344。會講（您的語言）的人士將為您提供協助。如需更多協助，請打電話給 HMO 協助中心，電話號碼 1-888-466-2219。（Cantonese or Mandarin）

**هام:** يمكنك الحصول على خدمات مترجم فوري مجاناً للتحدث مع طبيبك أو خطتك الصحية. للحصول على مترجم فوري أو لطلب معلومات مكتوبة (بلغتك أو بصيغة أخرى، مثل طريقة برايل أو بخط كبير)، اتصل أولاً برقم هاتف الخطة الصحية على 1-888-844-3344. سيساعدك شخص ما يتحدث (نفس لغتك). إذا كنت تريد المزيد من المساعدة، اتصل بمركز مساعدة HMO على الرقم 1-888-466-2219. (Arabic)

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ.** Դուք կարող եք խոսել Ձեր բժշկի կամ առողջապահական ծրագրի հետ՝ օգտվելով թարգմանչի ծառայություններից առանց որևէ վճարի: Թարգմանիչ ունենալու կամ գրավոր տեղեկություն խնդրելու համար (հայերենով կամ մեկ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ Բրայլը կամ մեծ տառաչափը), նախ զանգահարեք առողջապահական ծրագրի հեռախոսահամարով՝ 1-888-844-3344: Ցանկացած մեկը, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Եթե Ձեզ լրացուցիչ օգնություն է անհրաժեշտ, ապա զանգահարեք Առողջապահական օժանդակության կազմակերպության (HMO) Օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: (Armenian)

**ការសំខាន់:** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្នើសុំព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរព្រាស់ ឬអក្សរពុម្ពផ្សំ) សូមទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក តាមលេខ 1-888-844-3344 ជាមុនសិន។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអង្គការថែរក្សាសុខភាព HMO តាមលេខ 1-888-466-2219។ (Khmer)

**مهم:** برای گفتگو با پزشک معالج یا طرح بیمه می توانید بطور رایگان مترجم حضوری داشته باشید. برای درخواست مترجم حضوری یا برای دریافت اطلاعات بصورت کتبی (به زبان خود، یا با فرمت های دیگر مانند بریل یا چاپ درشت) ابتدا با شماره تلفن طرح خود یعنی 1-888-844-3344 تماس حاصل نمایید. فردی که (زبان شما را) صحبت می کند، می تواند شما را یاری دهد. اگر به کمک بیشتر نیاز دارید با مرکز کمک رسانی اچ ام او (HMO) به شماره 1-888-466-2219 تماس حاصل نمایید. (Farsi)

**TSEEM CEEB:** Muaj tus neeg txhais lus pub dawb rau koj kom koj tham tau nrog koj tus kws kho mob los yog nrog lub chaw pab them nqi kho mob rau koj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus los yog xav tau cov ntaub ntawv (sau ua koj yam lus los sis ua lwm yam ntawv, zoo li ua lus Braille los sis ua ntawv loj loj), xub hu rau koj lub chaw pab them nqi kho mob tus xov tooj ntawm 1-888-844-3344. Yuav muaj ib tug neeg hais lus Hmoob pab tau koj. Yog koj xav tau kev pab ntxiv, hu rau HMO Qhov Chaw Txais Tos Pab Neeg ntawm 1-888-466-2219. (Hmong)

**중요:** 의사나 건강 플랜과 대화하실 때 무료 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 통역을 구하시거나 문자 정보(한국어 번역본 또는 점자나 큰 글자 같이 다른 형식으로 된 정보)를 요청하시려면, 가입하신 건강 플랜에 1-888-844-3344 로 먼저 전화하십시오. 한국어를 하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 도움이 더 필요하시면 HMO 도움 센터에 1-888-466-2219 로 연락하십시오. (Korean)

**ВАЖНО:** Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к врачу или в страховой план. Чтобы запросить услуги переводчика или письменную информацию (на русском языке или в другом формате, например, шрифтом Брайля или крупным шрифтом), позвоните в свой страховой план по телефону 1-888-844-3344. Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в справочный центр Организации медицинского обеспечения (HMO) по телефону 1-888-466-2219. (Russian)

**MAHALAGA:** Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagasalin o upang humiling ng nakasulat na impormasyon (sa iyong wika o sa ibang anyo, tulad ng Braille o malalaking letra), tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa 1-888-844-3344. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong, tawagan ang Sentro ng Pagtulong ng HMO sa 1-888-466-2219. (Tagalog)

**LƯU Ý QUAN TRỌNG:** Quý vị có thể được cấp dịch vụ thông dịch miễn phí khi đi khám tại văn phòng bác sĩ hoặc khi cần liên lạc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để được cấp dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin bằng tiếng Việt hoặc bằng một hình thức khác như chữ nổi hoặc bản in bằng chữ khổ lớn, trước tiên hãy gọi số điện thoại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị tại 1-888-844-3344. Sẽ có người nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số 1-888-466-2219. (Vietnamese)

**ENPÒTAN:** Ou kapab jwenn yon moun pou entèprete pou ou gratis pou w ka pale avèk doktè ou oswa plan sante ou. Pou jwenn yon entèprete oswa mande enfòmasyon ekri (nan lang kreyòl ayisyen oswa yon diferan fòm tankou ekri Bray oswa pi gwo lèt), rele nimewo telefòn plan sante ou a ki se 1-888-844-3344. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen kapab ede ou. Si ou bezwen plis asistans, rele HMO Help Center nan nimewo 1-888-466-2219. (Haitian Creole)

**IMPORTANTE:** Você pode usar um intérprete gratuitamente para falar com seu médico ou comunicar-se com seu plano de saúde. Para pedir um intérprete ou solicitar informações por escrito (no seu idioma ou em outro formato, como em Braille ou em letras grandes), primeiramente, ligue para o telefone de seu plano de saúde no número 1-888-844-3344. Uma pessoa que fala português irá atendê-lo. Se precisar de mais ajuda, ligue para o HMO Help Center no telefone 1-888-466-2219. (Portuguese)

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:** ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਗੱਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮੁਫਤ ਅਨੁਵਾਦਕ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਨੁਵਾਦਕ ਪਾਉਣ ਲਈ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰ) ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, ਪਹਿਲਾਂ 1-888-844-3344 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਵੀ (ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ) ਬੋਲੇਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-888-466-2219 'ਤੇ HMO Help Center (ਐਚ.ਐਮ.ਓ. ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

**重要** 通訳を通して医師や医療保険会社とお話しいただけます。料金はかかりません。日本語でサポートを受けたり、日本語で書かれた情報を入手するには、あなたの医療保険会社(1-888-844-3344)までお電話ください。日本語が話せるスタッフがお手伝いします。さらなるサポートが必要な場合は、HMO Help Center (1-888-466-2219)までお電話ください。(Japanese)