



## **DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DEL PLAN DEL GRUPO CALIFORNIA**

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

**Disponibilidad de asistencia de idiomas:** Los servicios de interpretación y traducción pueden estar disponibles para los miembros con dominio limitado del inglés, incluida la traducción de documentos a ciertos idiomas clave sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 1-888-703-6999. Asegúrese de avisarle a su proveedor (dentista) sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

### **Español**

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta noticia? Si no, alguien le puede ayudar a leerlo. Además, es posible que reciba esta noticia escrita en su propio idioma sin ningún costo a usted. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al 1-888-703-6999.

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 LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE LIBERTY PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE ENTREGARÁ PREVIA SOLICITUD.

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

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**ESTA LISTA DE BENEFICIOS HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. DEBE CONSULTAR EL DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN, ASÍ COMO EL CONTRATO DEL PLAN, PARA UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.**

(A) Deducibles	Ninguno
(B) Límites máximo de por vida	Ninguno
(C) Máximos gastos de bolsillo	Ninguno
(D) Servicios profesionales	<p>A un Afiliado se le puede requerir que realice un Copago por cada procedimiento, como se muestra en la Descripción de Beneficios y Copagos, sujetos a las Limitaciones y Exclusiones.</p> <p>Los Copagos varían según la categoría del servicio. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de diagnóstico ..... Sin costo - \$521.00</li> <li>• Servicios preventivos ..... Sin costo - \$258.00</li> <li>• Servicios de restauración ..... Sin costo - \$987.00</li> <li>• Servicios endodónticos..... Sin costo - \$395.00</li> <li>• Servicios de periodoncia ..... Sin costo - \$1,843.00</li> <li>• Servicios de prostodoncia ..... Sin costo - \$850.00</li> <li>• Implantes ..... Sin costo - \$2,000.00</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial..... Sin costo - \$2,625.00</li> <li>• Servicios de ortodoncia ..... Sin costo - \$2,300.00</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 periodo 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 cubierta bajo el Programa tiene un copago específico, que se muestra en la Lista de Beneficios y en el Anexo I del documento combinado de evidencia de cobertura.

## I. RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

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

Este folleto es su documento de evidencia de cobertura (EOC). Aquí se explica lo que LIBERTY cubre y no cubre. También lea la Lista de Beneficios, que enumera los copagos y otras cuotas. 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 ser elegible 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 para ayudarlo. Llámenos si tiene alguna pregunta o problema:

**LIBERTY Dental Plan of California, Inc.**  
**P.O. Box 26110**  
**Santa Ana, CA 92799-6110**  
**Servicios para Miembros (número gratuito): (888) 703-6999**  
**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. LIBERTY tiene un área de servicio que cubre todo el estado de California. 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 fuera del Área de Servicio, debe informar a LIBERTY.

### D. RED DE LIBERTY

Nuestra red incluye dentistas generales y especialistas que LIBERTY ha contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros en virtud del plan de beneficios. Para usar sus beneficios, su PCD y otros proveedores participantes deben proporcionarle los servicios cubiertos. Llame al 888-703-6999 para pedir un Directorio de Proveedores de LIBERTY o use el sitio web.

Si acude a un proveedor no participante, tendrá que pagar todos los costos, a menos que haya recibido una aprobación previa por parte de LIBERTY o en caso requiera atención de urgencia/emergencia o atención de urgencia fuera del área. Si usted es un miembro nuevo de LIBERTY, o si LIBERTY termina el contrato con su proveedor, usted puede continuar viendo a su dentista actual en algunos casos. A esto se le llama continuidad de la atención (**consulte la página 12**).

### E. SU DENTISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCD) (**consulte la página 8**)

Cuando se une a LIBERTY, en la mayoría de los casos, tiene que elegir a un PCD. Generalmente, es un Dentista General que proporciona atención básica y coordina la atención que usted necesita de otros proveedores de especialidades dentales.

**Para productos DHMO que no requieren asignación de consultorio:** Algunos planes de LIBERTY no requieren que elija y sea asignado a un PCD. En dichos planes, usted puede acceder a los servicios de cualquier PCD contratado en la red. Consulte la primera página de su Tabla de Beneficios para determinar si su plan requiere que elija y sea asignado a un PCD.

### F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN

Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para miembros con un dominio limitado del inglés, incluyendo la traducción de documentos a ciertos idiomas básicos. Si el inglés no es su lengua

materna, LIBERTY ofrece servicios de interpretación y traducción de ciertos materiales escritos en su idioma preferido. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 888-703-6999. Si tiene un idioma preferido, infórmenos sobre sus necesidades personales de idioma a través de una encuesta en línea en <https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Language-Survey.aspx> o al teléfono 888-703-6999. Asegúrese de avisarle a su proveedor (dentista) sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

LIBERTY brinda servicios de asistencia del idioma en todos los puntos de contacto, incluso durante su cita dental. Si su PCD, especialista dental, o el personal de su consultorio, no pueden comunicarse con usted en su idioma preferido, LIBERTY puede coordinar los servicios de interpretación durante su cita sin costo alguno. LIBERTY pone estos servicios a su disposición incluso si un familiar o amigo que puede ayudarlo con la interpretación lo acompaña. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al 888-703-6999 para coordinar un intérprete en persona con la mayor anticipación posible a la hora de su cita, pero no menos de 72 horas desde la hora de su cita.

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

Primero, llame a su PCD para recibir toda su atención, a menos que sea una emergencia.

- Por lo general, necesita una derivación y una aprobación previa para recibir atención de un dentista que no sea su PCD. Consulte la siguiente sección.
- La atención debe ser médicamente necesaria para su salud. 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 un servicio que desea es médicamente necesario, puede presentar una queja formal o, en algunos casos, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) (**consulte la página 24**).
- La atención dental 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 completa de Beneficios 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 del sitio web de LIBERTY. Cuando se requiera, la Lista de Beneficios puede adjuntarse como el Anexo 1.

### **H. Acceso oportuno a la atención**

Tiene derecho a programar una cita con su PCD dentro de un tiempo razonable que sea apropiado para su afección:

- Las citas de emergencia están disponible las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Comuníquese con su PCD para una cita inmediata o en caso de una situación potencialmente mortal, llame al “911”
- Las citas urgentes deben programarse dentro de las 72 horas. Hable sobre sus necesidades individuales con su PCD para determinar qué tan pronto puede ser atendido
- Las citas no urgentes deben ofrecerse dentro de los 36 días hábiles.
- Las citas de atención dental preventiva deben ofrecerse dentro de los 40 días hábiles.

Si por alguna razón no puede programar una cita dentro de estos plazos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 888-703-6999 para recibir asistencia.

### **I. DERIVACIONES A ESPECIALIDADES Y AUTORIZACIONES PREVIAS (consulte la página 11-12)**

Debe obtener una derivación de su PCD y la aprobación previa de LIBERTY para recibir servicios que serán proporcionados por un especialista, 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 PCD le proporcione una derivación y obtenga la aprobación previa de ser necesario. Si no tiene una derivación y una aprobación previa cuando se requieran, tendrá que pagar la totalidad del costo del servicio.

**IMPORTANTE:** No necesita una derivación y aprobación previa para consultar con su PCD u obtener atención de emergencia o atención de urgencia.

#### **J. ATENCIÓN DE EMERGENCIA (consulte la página 9-10)**

La Atención de Emergencia es un servicio cubierto en cualquier parte del mundo. Una condición puede considerarse como una emergencia en caso de que, sin tratamiento alguno, su salud corra grave peligro, experimente un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. La atención de emergencia puede incluir el cuidado de una lesión grave, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. La atención de emergencia puede incluir el cuidado de una lesión grave, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. Si recibe atención de emergencia, acuda a su PCD para recibir atención de seguimiento. No regrese a la sala de emergencias para recibir atención de seguimiento.

#### **K. ATENCIÓN DE URGENCIA (consulte la página 9)**

La Atención de Urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo. La atención de urgencia puede ser necesaria para evitar un problema de salud grave que requiera atención inmediata.

#### **L. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY (consulte LA PÁGINA 9-10)**

Solo se cubren la atención de emergencia y la atención de urgencia fuera del Área de Servicio de LIBERTY.

#### **M. COSTOS (consulte la “LISTA DE BENEFICIOS” y la sección “Lo que usted paga” en la página 12)**

- 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 al Proveedor por un procedimiento cubierto específico.

#### **N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA FORMAL SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN (consulte la página 21)**

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de Quejas Formales. Usted puede presentar una queja formal (también llamada apelación o queja) ante LIBERTY por cualquier insatisfacción que tenga con LIBERTY, sus beneficios, una determinación de reclamo, una determinación de beneficios o cobertura, su PCD, especialista o cualquier aspecto de su plan de beneficios dentales.

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

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

Los siguientes términos se usan en esta Evidencia de Cobertura (EOC):

- **Apelación:** Una solicitud hecha a LIBERTY por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada para revisar una acción del Plan para demorar, modificar o denegar servicios.
- **Autorización:** La notificación de aprobación por parte de LIBERTY para que usted pueda proceder con el tratamiento solicitado.
- **Beneficios:** Servicios cubiertos por su plan de LIBERTY Dental.
- **Plan de Beneficios:** El producto dental de LIBERTY que ha adquirido para tener cobertura de servicios dentales.
- **Año de beneficios:** El año de cobertura de su plan de LIBERTY Dental.

- **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 dentista general contratado para proporcionar 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 general 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 a un miembro al momento de recibir los servicios cubiertos. Las cantidades de los Copagos fijos están enumeradas en la Tabla de Beneficios.
- **Expedientes Dentales:** Se refiere a los archivos con fines de diagnóstico, radiografías intraorales y extraorales, y registros del tratamiento por escrito que incluye, entre otros, notas de progreso, gráficos dentales y periodontales, planes de tratamiento, informes de consulta u otro material escrito relacionado con el historial médico y dental de la persona, diagnóstico, condición, tratamiento o evaluación.
- **Dependiente:** Cualquier miembro elegible de la familia del suscriptor que está inscrito en LIBERTY.
- **Servicio Dental Disputado:** Cualquier servicio que es objeto de una disputa presentada, ya sea por un miembro, un proveedor que actúe en nombre de un miembro u otra persona designada autorizada
- **Pareja doméstica:** Una persona que está en una relación comprometida para compartir la vida con el miembro.
- **Servicio/Cuidado Dental en Caso de Emergencia:** El servicio y la atención dental de emergencia incluyen pruebas dentales, exámenes, evaluación por un PCD o especialista dental para determinar si existe una condición dental de emergencia. Una condición puede considerarse como una emergencia en caso de que, sin tratamiento alguno, su salud corra grave peligro, experimente un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Las emergencias médicas no están cubiertas por LIBERTY si los servicios se proporcionan en un hospital cubierto por un plan médico, o si LIBERTY determina que los servicios no eran de naturaleza dental.
- **Inscrito:** Consulte la definición de miembro a continuación.
- **Beneficio Dental Pediátrico Esencial (EPDB):** Se refiere a los planes exigidos por la Ley del Cuidado de la Salud Asequible para proporcionar beneficios dentales pediátricos esenciales a los niños.
- **Exclusión:** 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 con licencia 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.
- **Plan de grupo:** Un plan de beneficios dentales a través de un empleador o grupo de empleadores que proporciona cobertura de beneficios dentales a través de LIBERTY Dental Plan of California.
- **Revisión Médica Independiente (IMR):** Un programa de California donde ciertos servicios denegados pueden estar sujetos a una revisión externa. La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos.
- **Beneficios dentro de la Red:** Los Beneficios disponibles para usted cuando recibe servicios de una **necesidad médica** contratada o **médicamente necesarios:** Un servicio cubierto que cumple con las pautas del Plan de adecuación y razonabilidad en virtud de una revisión clínica de la información presentada. Los servicios cubiertos se pueden revisar antes o después de la prestación para determinar la necesidad médica. El pago de los servicios se realiza para los servicios cubiertos que el Plan considere médicamente necesarios.

- **Miembro:** Suscriptor o dependientes elegibles que están inscritos en LIBERTY. También conocido como Afiliado.
- **Proveedor no participante:** Un PCD o especialista que no tenga contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a los miembros.
- **Período de inscripción abierta:** Un período de tiempo en cual puede iniciar o cambiar la inscripción en un plan dental.
- **Cobertura fuera del área:** Beneficios proporcionados cuando está fuera del Área de Servicio del Plan, o lejos de su PCD.  
**Atención de urgencia fuera del área:** Servicios de urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del Área de Servicio o lejos de su PCD.
- **Grupo dental participante, consultorio dental, o proveedor:** Un centro dental, dentistas y personal de consultorio dental que están bajo contrato para proporcionar servicios a los miembros de LIBERTY, de conformidad con las reglas y regulaciones de LIBERTY.
- **Plan:** LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
- **Autorización previa:** Una solicitud de servicios, presentada en su nombre, solicitando una determinación y aprobación anticipadas. También se le denomina aprobación previa.
- **Prima:** La cuota que se paga a LIBERTY para este plan de beneficios.
- **Dentista de atención primaria (PCD)** Normalmente, un dentista general afiliado a LIBERTY para brindar servicios a los miembros cubiertos bajo el plan. El PCD es responsable de brindar o coordinar los servicios dentales necesarios.
- **Servicios profesionales:** Servicios o procedimientos dentales proporcionados por un dentista con licencia o asistentes aprobados.
- **Proveedor:** Un dentista contratado que proporciona servicios bajo contrato con LIBERTY
- **Especialista:** Un dentista que ha recibido capacitación avanzada en una de las especialidades dentales aprobadas por la Asociación Dental Americana (ADA) como una especialidad dental, 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 cuyo contrato ha finalizado:** Un dentista que anteriormente tuvo contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a miembros del Plan.
- **Área de Servicio:** Los condados de California donde LIBERTY ofrece cobertura.
- **Atención de urgencia:** Es la atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave.
- **Cargos habituales:** Cargo habitual de un dentista por un servicio.
- **Usted:** Pertenece a los miembros, incluidos los hijos dependientes cubiertos, en los planes de beneficios pediátricos esenciales quienes son los beneficiarios de este plan de beneficios dentales.

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

LIBERTY tiene contratos con dentistas generales y especialistas para proporcionar servicios cubiertos por su plan. Contáctenos llamando al número gratuito 888-703-6999 o en 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 PCD 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 DE CONSULTORIOS DENTALES**

LIBERTY pone a su disposición PCD y especialistas en todo el estado de California dentro de una distancia razonable a su hogar o lugar de trabajo. Póngase en contacto con LIBERTY llamando al número

gratuito **888-703-6999**, o en nuestro sitio web, [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), para encontrar un dentista en su área.

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

LIBERTY realiza un programa de evaluación de la calidad, el cual incluye la administración continua 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 PCD le proporcionará toda la atención dental necesaria, incluyendo derivaciones a especialistas si es necesario. Todos los miembros deben tener un consultorio de PCD dentro en un radio de treinta (30) minutos o quince (15) millas de su residencia o lugar de trabajo.

## **B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL**

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

## **C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUÉ PROVEEDOR PUEDE OBTENER SERVICIOS DENTALES**

1. **Odontología general/Dentista de atención primaria (PCD):** Excepto como se indica más adelante bajo Excepción, cuando se inscribe en LIBERTY Dental Plan, usted debe elegir a un PCD al que será asignado. Su PCD asignado es responsable de coordinar cualquier servicio dental de atención especializada que pueda necesitar. Debe obtener los servicios dentales generales de su PCD asignado. Su PCD asignado compartirá información con cualquier especialista para coordinar su atención general.

**IMPORTANTE:** A menos que se indique de otra manera bajo Excepción más adelante, si no selecciona un PCD, LIBERTY elegirá uno para usted en el momento de su inscripción y se le notificará de esta asignación.

**Para productos DHMO que no requieren asignación de consultorio:** Para determinar si su plan requiere la asignación al consultorio de un proveedor, consulte la primera página de su Tabla de Beneficios. Si su plan no requiere la asignación al consultorio de un proveedor, con la finalidad de acceder a la atención conforme a alguno de estos planes, comuníquese con cualquier proveedor de LIBERTY Dental Plan que tenga contrato para proporcionarle servicios de acuerdo con su plan seleccionado para programar una cita. El PCD 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 la Lista de Beneficios para determinar si su plan requiere que elija y sea asignado a un PCD, o si puede acceder a los servicios de cualquier PCD contratado en la red.



2. **Cambio de PCD:** Puede comunicarse con LIBERTY en cualquier momento para cambiar su PCD. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito (888) 703-6999 (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 solicitud para cambiar de PCD entrará en vigencia el primer (1<sup>er</sup>) día del mes siguiente si LIBERTY recibe dicha solicitud antes del vigésimo (20.º) día 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 dental:** Puede obtener atención de un especialista dental solo después de que su PCD asignado haya enviado a LIBERTY la derivación a un especialista para su aprobación. Solo puede recibir los servicios de un especialista dental que hayan sido autorizados previamente por LIBERTY. Su especialista presentará a LIBERTY una autorización previa de los servicios para su autorización previa.

Todos los servicios y beneficios descritos en esta publicación están cubiertos solo si los proporciona un PCD o especialista contratado por LIBERTY. Los servicios recibidos por un proveedor no participante no están cubiertos. La única vez que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia, tal como se describe en “**Atención Dental de Emergencia.**”

#### **D. TELEODONTOLOGÍA**

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

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

Póngase en contacto con su PCD si experimenta dolor dental o una posible emergencia dental. Si su PCD no está disponible, póngase en contacto con el número gratuito de LIBERTY para recibir asistencia a través del programa de teleodontología. Si una consulta presencial es necesaria, las visitas de emergencia dental son coordinadas por el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY.

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

#### **E. ATENCIÓN DE URGENCIA:**

La atención de urgencia es la atención que usted necesita dentro de las siguientes 72 horas para prevenir el grave empeoramiento de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuyo tratamiento no se puede demorar. LIBERTY proporciona cobertura para servicios dentales de urgencia solo si estos se requieren para aliviar el dolor intenso o sangrado, o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no es diagnosticada o tratada, puede derivar en una discapacidad, disfunción o la muerte.

Comuníquese con su PCD para sus necesidades de urgencia durante el horario de oficina o fuera de este. Si se encuentra fuera del Área de Servicio, 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 LIBERTY determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, no se cubrirán los servicios de cualquier proveedor no participante y usted no será elegible para el reembolso.

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

Todos los consultorios PCD afiliados con LIBERTY proporcionan Servicios Dentales de Emergencia las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana. LIBERTY brinda cobertura para servicios dentales de emergencia si, sin tratamiento, su salud puede estar en grave peligro, puede experimentar un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. La atención de emergencia puede incluir el cuidado de una lesión grave, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. También puede considerar ponerse en contacto con el sistema de respuesta de emergencias “911.”

En caso de que necesite atención dental de emergencia, comuníquese con su PCD para programar una cita de inmediato. Para condiciones dentales de urgencia o inesperadas que ocurren después del horario de oficina o los fines de semana, comuníquese con su PCD para recibir instrucciones sobre qué hacer.

Si su PCD no está disponible, o si usted está fuera del Área de Servicio y no puede ponerse en contacto con LIBERTY para obtener ayuda para ubicar otro consultorio dental contratado, póngase en contacto con cualquier dentista con licencia para recibir atención de emergencia. LIBERTY le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75), menos los copagos correspondientes. Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los servicios dentales 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 proveedor no participante.

**Servicio Dental de Emergencia** (cubierto por su plan dental de LIBERTY), como lo define la Ley de California, incluye una revisión dental, examen, evaluación por un dentista o especialista para determinar si existe la condición dental de emergencia y para proporcionar la atención considerada de acuerdo con los estándares profesionales de atención dental, con la finalidad de aliviar cualquier síntoma de emergencia en un consultorio dental/clínica y sala de emergencias en un hospital.

Los servicios dentales de emergencia pueden ser un beneficio permitido, de acuerdo con la lista de beneficios. LIBERTY proporcionará beneficios para dichos servicios dentales de emergencia y garantizará la disponibilidad de un proveedor en caso de que un proveedor de guardia de la red no esté disponible en un entorno dental u hospital. LIBERTY no cubre los servicios que LIBERTY determina que no eran de naturaleza 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 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, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Incluya una copia del reclamo del consultorio del proveedor o una declaración legible de los servicios/factura. Envíela a LIBERTY Dental Plan junto con la siguiente información:

- Su información de membresía.
- Nombre de la persona que recibió los servicios dentales de emergencia.
- Nombre y dirección del dentista que proporcionó el servicio dental de emergencia.
- Una declaración explicando las circunstancias de esta consulta de emergencia.

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

- La razón de la denegación.
- Referencia a las disposiciones pertinentes de la EOC en las que se basa la denegación.
- Aviso de su derecho a solicitar una reconsideración de la denegación y una explicación del procedimiento para presentar Quejas Formales. También puede consultar la sección de la EOC, PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES, más adelante.

## **G. SEGUNDA OPINIÓN**

Usted puede pedir una segunda opinión, sin costo alguno, para los servicios cubiertos por su plan, llamando al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros (888) 703-6999 o escribiendo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Su PCD también puede solicitar una segunda opinión dental en su nombre al presentar un formulario de derivación de especialidad estándar o de ortodoncia, junto con las radiografías correspondientes. Todas las solicitudes de una segunda opinión dental son procesadas por LIBERTY dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores de haber recibido la solicitud, o dentro de las 72 horas siguientes para los casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante.

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

## **H. DERIVACIÓN A UN ESPECIALISTA**

En caso de que necesite ser visto por un especialista, LIBERTY requiere que su PCD obtenga una autorización previa. 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. En el caso de una solicitud urgente, su PCD puede llamar a la Unidad de Derivaciones de LIBERTY al (800) 268-9012 para enviar una solicitud de autorización previa a un especialista.

- Si su solicitud de autorización previa para un especialista es denegada o si no está satisfecho con la autorización previa, tiene derecho a presentar una queja formal. Consulte la sección XI de la EOC “PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES”, en la página 21.
- Si su PCD tiene dificultad para localizar a un especialista en su área, comuníquese con Servicios para Miembros de LIBERTY para recibir ayuda y localizar a un especialista.
- Los servicios especializados y los planes de tratamiento que están preautorizados y que LIBERTY determina que son médicamente necesarios, solo están disponibles con el especialista que solicitó los servicios. Los planes de tratamiento y los servicios especializados no son transferibles de un especialista a otro, a menos que ambos especialistas estén de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto.
- Si no puede acceder a los servicios especializados dentro de la red en un período de tiempo o ubicación razonables (según lo determinado por el requisito de acceso publicado), puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar 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 especializados deben ser autorizados previamente para determinar la cobertura, los beneficios, la necesidad médica y/o la adecuación a las condiciones presentes. Usted sería económicamente responsable solo del copago indicado por los servicios cubiertos. También sería económicamente responsable de la tarifa habitual del especialista por los servicios no cubiertos y electivos o por servicios que no se consideren necesarios por razones médicas después de la revisión de LIBERTY.

## **I. AUTORIZACIÓN, MODIFICACIÓN O DENEGACIÓN DE SERVICIOS**

No es necesario obtener autorización previa para recibir servicios dentales de su PCD. El PCD tiene la autoridad para hacer la mayoría de las determinaciones de cobertura. Las determinaciones de beneficio se logran mediante evaluaciones orales integrales, que están cubiertas por su plan. Su PCD es responsable de comunicarle los resultados de su evaluación oral integral y de avisarle de los beneficios disponibles y los costos asociados.

La derivación a un especialista es la responsabilidad de su PCD contratado y asignado (consulte la sección Derivación a un Especialista descrita anteriormente).

Cualquier servicio recomendado por un especialista, a quien ha sido derivado, debe tener autorización previa antes de brindar la atención, a excepción de los servicios dentales de emergencia (Atención Dental de Emergencia y Servicios de Urgencia descritos anteriormente).

Usted, su PCD o su especialista 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 se procesan dentro de 5 días calendario 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 calendario, LIBERTY notificará a su PCD o especialista y a usted sobre la información necesaria para completar la revisión y la fecha prevista de cuándo se tomará la determinación.

Cualquier denegación, demora o modificación de los servicios será por escrito e 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. Dichas determinaciones incluirán el nombre y teléfono del profesional de la salud responsable de la determinación, así como la información sobre cómo usted puede presentar una apelación.

## **J. Solicitudes urgentes**

Si usted o su PCD enfrentan una condición urgente donde existe una amenaza inminente y grave para su salud, 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 se recibe dicha información, según la naturaleza de la condición de urgencia o de emergencia.

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

## **K. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

**Miembros actuales:** Los miembros actuales pueden tener el derecho de recibir el beneficio de completar su atención con el proveedor, cuyo contrato ha finalizado, para ciertas condiciones dentales agudas o crónicas graves. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la política de LIBERTY sobre la continuidad de la atención. Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con el proveedor cuyo contrato ha finalizado. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra política o si no podemos llegar a un acuerdo con el proveedor, cuyo contrato ha finalizado, respecto a los términos sobre su atención de acuerdo con las leyes de California.

**Miembros nuevos:** Un miembro nuevo puede tener el derecho de recibir el beneficio calificado de completar la atención de su proveedor no participante para ciertas condiciones dentales agudas o crónicas graves. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la política de LIBERTY sobre la continuidad de la atención. Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con su proveedor actual. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra política o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con las leyes de California.

## **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 Anexo 2.

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 los Beneficios cubiertos, Copagos y Primas de vez en cuando. LIBERTY 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.

### **C. OTROS CARGOS**

Usted es responsable solo 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 EOC. Debe hablar sobre cualquier cargo por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su PCD o especialista. Para evitar malentendidos financieros, quizás desee obtener un documento de divulgación por escrito sobre 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 de Urgencia que sean médicamente necesarios), usted será responsable del pago completo de la cuota habitual del PCD o especialista por dichos servicios.

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

#### **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 del pago de las primas y copagos enumerados para cualquiera de los servicios cubiertos sujetos a las limitaciones y exclusiones de su plan.

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

- Servicios no cubiertos
- Servicios completados con un consultorio, un PCD o un especialista no contratados
- Servicios completados antes o sin requerimiento de una autorización previa de LIBERTY
- Servicios completados fuera del área, que LIBERTY determinó que no califican como servicios de atención de emergencia o de urgencia, incluidos, entre otros, tratamientos de rutina que no se completaron para tratar una situación dental de emergencia
- 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 descrita anteriormente).

**IMPORTANTE:** Antes de que le proporcionen servicios no cubiertos, su PCD o especialista debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo estimado. Si le gustaría obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 888-703-6999.

Usted no será responsable financieramente por ningún dinero adeudado a algún PCD o especialista contratado por LIBERTY. En caso de que LIBERTY no pague a un proveedor no participante, usted puede ser responsable por el costo de los servicios que recibió.

**IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, el PCD o especialista puede cobrarle su tarifa habitual por dichos servicios. Antes de brindar a un miembro servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el PCD o especialista debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 888-703-6999 o al Administrador de Beneficios. Para comprender completamente su cobertura, tal vez desee revisar detenidamente este documento de Evidencia de cobertura.

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

LIBERTY paga por los servicios cubiertos a los PCD y especialistas contratados a través de una variedad de arreglos, que incluyen capitación, pago por servicio y subpagos suplementarios. El reembolso varía según el área geográfica, el dentista general, el especialista dental y el código del procedimiento. Para obtener más información sobre los reembolsos, puede enviar una solicitud por escrito a LIBERTY a LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

## **V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN**

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

**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 o trabajar en el Área de Servicio. Los suscriptores de un grupo potencial 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.
- Nuevos dependientes, tales como nuevo cónyuge, hijos adoptados o recién nacidos que sean elegibles después de su fecha efectiva de cobertura.
- Sus hijos dependientes incluyendo hijos adoptados y recién nacidos menores de veintiséis (26) años; Tenga en cuenta: La cobertura de un hijo dependiente inscrito que cumpla 26 años finalizará el último día del mes de cumpleaños durante el cual el hijo dependiente deja de ser elegible, a menos que se cumplan ambos requisitos que se detallan a continuación:
  - El dependiente es incapaz de tener un empleo autosustentable debido a una lesión, enfermedad o afección física o mental incapacitante; Y
  - El dependiente depende principalmente del suscriptor para apoyo y cuidado.

Si desea continuar la cobertura de su dependiente que califica, se le pedirá que presente documentación de respaldo.

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

Para los planes comerciales: 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 efectiva de su cobertura. Asegúrese de identificarse como miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame al dentista para programar su cita. También le aconsejamos que lleve esta EOC o la Lista de Beneficios y las Limitaciones y Exclusiones aplicables del Anexo 1 cuando vaya a su cita. 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.

## **VI. SERVICIOS CUBIERTOS**

Usted está cubierto para los servicios y procedimientos dentales que se indican a continuación cuando sean médicamente necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente, y sujetos a las Limitaciones y Exclusiones que se describen para cada categoría y para todos los servicios. Consulte la Lista de Beneficios (Anexo 1) para obtener una lista detallada de los servicios cubiertos específicos y los copagos aplicables a cada uno, así como una lista de las exclusiones y limitaciones que se aplican a todos los servicios dentales cubiertos bajo su plan de LIBERTY Dental.

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

Los servicios dentales de diagnóstico son los que se emplean para diagnosticar su condición dental y ayudar a determinar el tratamiento médicamente necesario, de conformidad con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios dentales de diagnóstico que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

## **B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS**

Los servicios dentales preventivos son los que se emplean para mantener una buena salud dental o para evitar el empeoramiento de su condición dental cuando se determinen médicamente necesarios, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente:

Tiene cobertura para los servicios dentales preventivos que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

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

Los servicios dentales de restauración son aquellos que se emplean para reparar y restaurar sus dientes a una condición saludable cuando se consideran necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente:

Tiene cobertura para los servicios dentales de restauración que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

## **D. SERVICIOS DE ENDODONCIA**

Los servicios dentales de endodoncia incluyen procedimientos de conductos radiculares, que implican el tratamiento de la pulpa, conductos y las raíces cuando se determinen médicamente necesarios, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente:

Tiene cobertura para los servicios dentales de endodoncia que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

## **E. SERVICIOS PERIODONTALES**

Los servicios dentales periodontales implican el tratamiento y manejo de las encías y el hueso que sostienen los dientes cuando se determinan médicamente necesarios, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente:

Tiene cobertura para los servicios dentales periodontales que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

## **F. SERVICIOS DE PROSTODONCIA**

Los servicios dentales de prostodoncia incluyen el reemplazo de los dientes perdidos con un aparato removible (dentadura removible) o fijo (puente fijo) y el mantenimiento de los mismos.

Tiene cobertura para los servicios dentales de prostodoncia que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

## **G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL**

Los servicios dentales de cirugía oral incluyen la extracción de dientes y otros procedimientos quirúrgicos que se enumeran en la Lista de Beneficios.

Tiene cobertura para los servicios dentales de cirugía oral que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.



## H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS

Los servicios dentales complementarios incluyen sedación profunda (anestesia) durante servicios dentales aprobados, protectores bucales y otros procedimientos, que se enumeran en la Lista de Beneficios.

Tiene cobertura para los servicios dentales complementarios que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

## I. SERVICIOS DE ORTODONCIA

Los servicios dentales de ortodoncia incluyen la colocación de frenillos para enderezar los dientes y el tratamiento de las discrepancias en la relación de la mordedura de los dientes y las mandíbulas. Consulte el Anexo 1 para ver una lista de los servicios de ortodoncia cubiertos proporcionados por su Plan de Beneficios, así como cualquier Limitación y Exclusión pertinente.

## VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES

Consulte el Anexo 1 para ver las limitaciones de los servicios cubiertos y las exclusiones de los beneficios de su plan.

### A. EXCLUSIONES GENERALES

#### LIBERTY no cubrirá:

- La atención que recibe de un PCD o especialista que no tiene contrato con LIBERTY, a menos que tenga la aprobación previa de LIBERTY o necesite Atención de Urgencia o Emergencia fuera del Área de Servicio de LIBERTY
  - La atención que no sea médicamente necesaria
  - Los exámenes que necesita solo para conseguir trabajo, asistir a la escuela, hacer 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 dentales con su PCD o especialista
  - Los gastos de traslado, tales como taxis y pasajes de autobús, para ver a un médico o recibir atención médica.
  - Otras exclusiones se enumeran en su Lista completa de Beneficios junto con este documento al inicio del contrato, y están disponibles por separado cuando lo solicite.
- **IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, el PCD o especialista puede cobrarle su tarifa habitual por dichos servicios. Antes de completar cualquier servicio que no esté cubierto bajo este Plan, el PCD o especialista debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado a ser completado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al teléfono (888) 703-6999 o hablar con su administrador de beneficios. Para comprender completamente su cobertura, revise detenidamente esta EOC.

### B. CITAS PERDIDAS

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

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

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

#### **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.

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

Si su empleador o grupo no paga la prima, LIBERTY enviará un Aviso de inicio del período de gracia 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 medianoche del último día del período de gracia de 30 días, sujeto al cumplimiento de requerimientos de aviso y aceptación de LIBERTY. Los miembros reciben un período de gracia de al menos 30 días consecutivos, a partir de la fecha especificada en el Aviso de inicio del período de gracia.

La cobertura continuará ininterrumpida bajo el contrato del Plan durante el período de gracia. Si no se pagan las primas, la cobertura terminará después de la finalización del período de gracia seguido de un aviso por escrito de la cancelación al suscriptor. El aviso por escrito indicará el motivo de la cancelación y el período de tiempo en que la cancelación se hizo efectiva.

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

Si usted termina su cobertura del Plan mientras el contrato entre usted y LIBERTY está vigente, su PCD o especialista deben completar cualquier procedimiento en curso que haya empezado antes de que usted terminara su contrato, y cumplir con los términos y las condiciones del Plan.

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

#### **3. Terminación por fraude**

Si un miembro permite que alguna otra persona utilice su tarjeta de identificación para obtener servicios bajo este plan dental, o de alguna forma se ve involucrado en fraude o engaño al presentar a LIBERTY u otro consultorio dental información “material” incompleta o incorrecta que afectaría la información de inscripción, para el uso de servicios o instalaciones del plan, o deliberadamente permite tal fraude o engaño por otra persona, se terminará el contrato inmediatamente en cuanto LIBERTY Dental Plan se lo comunique.

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

LIBERTY no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha terminado debido a su estado de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión realizada por el Director del Departamento de Atención Médica

Administrada (DMHC). 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 dicho aviso, LIBERTY solicitará una audiencia o restablecerá la cobertura del miembro. El restablecimiento será retroactivo al momento de la cancelación o la falta de renovación.

LIBERTY será responsable por los gastos incurridos por el miembro por los servicios de atención dental cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de la reincorporación. Puede comunicarse con el DMHC llamando al 1-888-466-2219 o a la línea TDD al 1-877-688-9891 para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio web del DMHC es [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).

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

La cobertura puede terminarse, cancelarse o no renovarse después de 15 días desde la fecha de notificación de la terminación, excepto cuando se trate de un fraude o engaño, como se indicó anteriormente, en cuyo caso entraría en vigor inmediatamente al momento de la notificación.

## **C. DESAFILIACIÓN**

Puede cancelar su inscripción de LIBERTY en cualquier momento, con al menos catorce (14) días calendario de anticipación, comunicándose con LIBERTY por teléfono o por escrito. La cancelación de la inscripción es efectiva en la fecha especificada o catorce (14) días después de que se solicite la cancelación, si no se proporciona un aviso razonable de tiempo.

## **D. RESCISIÓN**

Rescisión significa que LIBERTY puede cancelar su cobertura como si ésta nunca hubiera existido. LIBERTY puede rescindir solo en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales. Esto incluye, pero no se limita a, el envío intencional de información incompleta o incorrecta en su solicitud de inscripción que hubiera afectado nuestra decisión de aceptarlo como miembro cubierto. Tiene el derecho de apelar cualquier decisión de rescindir su membresía. Los procedimientos de apelación le serán proporcionados junto con el aviso de rescisión.

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

Su cobertura se renovará automáticamente bajo los mismos términos y condiciones a no ser que LIBERTY le informe por escrito, al menos 30 días calendario antes de finalizar el plazo de su cobertura, sobre cualquier cambio en la Prima, la cobertura u otros términos o condiciones de su cobertura.

## **CONTINUACIÓN INDIVIDUAL DE COBERTURA DENTAL (COBRA, CAL-COBRA, COBERTURA DE CONVERSIÓN E 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.

- i. 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

- ii. 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.

- iii. 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.

- iv. 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.

- 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
- 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.
- Período 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.
- 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.

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

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

Si considera que la cobertura de su plan dental ha sido o será indebidamente cancelada, rescindida o no renovada, usted tiene derecho a presentar una queja formal ante LIBERTY y/o DMHC.

**Opción (1): usted puede presentar una queja formal ante LIBERTY**

Puede presentar una queja formal ante LIBERTY llamando al (888) 709-6999 o a la línea TDD/TTY 800-735-2929, en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), por fax al 833-250-1814 o enviar por correo su queja formal por escrito a LIBERTY Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26610, Santa Ana, CA 92799-6110.

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

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

**Opción (2): usted puede presentar una queja formal ante DMHC.**

Puede presentar una queja formal directamente ante el DMHC sin antes enviarla a LIBERTY o después de haber recibido nuestra decisión sobre su queja formal.

- Puede presentar una queja formal ante DMHC en línea en: [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)

- Puede presentar una queja formal ante DMHC enviándola por escrito a:  
HELP CENTER  
DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE  
980 NINTH STREET, SUITE 500  
SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725
- Puede comunicarse con el DMHC para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal al:  
TELÉFONO: 1-888-466-2219  
TDD: 1-877-688-9891  
FAX: 1-916-255-5241

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

Si no está satisfecho con su PCD seleccionado, especialista, el personal, las instalaciones, la derivación de especialidad, la autorización previa, el reclamo o la atención dental que recibe, usted tiene el derecho de presentar una queja ante LIBERTY. Una queja formal es lo mismo que una queja. Los formularios de quejas formales pueden solicitarse de su consultorio dental o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al (888) 703-6999. Los formularios de quejas formales también están disponibles en nuestro sitio web, [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com). LIBERTY no requiere un formulario de queja formal. Además, investigaremos una queja formal presentada en cualquier formato. Puede enviar su queja en cualquiera de las siguientes formas:

- Por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.
- Por fax al: Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY al (833)250-1814 949-270-0109
- Por teléfono al: Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al (888) 703-6999,
- En línea: En el sitio web de LIBERTY en [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, dependientes o miembros con una discapacidad que estén incapacitados, el padre, madre, tutor, custodio, familiar u otra persona designada con la autoridad para actuar en nombre del miembro, podrá presentar la queja formal ante LIBERTY o al DMHC para asuntos urgentes (consulte “Quejas Formales Urgentes y Apelaciones” más adelante). LIBERTY solicitará prueba escrita de la tutela activa, cuando sea necesario.

Si tiene un dominio limitado del inglés, discapacidad visual o de otro tipo en la comunicación, LIBERTY lo 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, así como también puede incluir el acceso a intérpretes y a los sistemas de transmisión telefónica para ayudar a las personas con discapacidades para comunicarse.

No será discriminado de ninguna manera por parte de LIBERTY o su PCD o especialista 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 insatisfacción. Los representantes de LIBERTY revisarán el problema con usted y tomarán las medidas adecuadas para una resolución rápida. Recibirá confirmación que hemos recibido su Queja Formal dentro de los siguientes cinco (5) días calendarios después de su recepción. Las Quejas Formales serán resueltas dentro de los siguientes treinta (30) días calendario.

**Quejas Formales exentas de acuse de recibo y respuesta por escrito:** En algunos casos, el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY puede ayudar a resolver quejas formales recibidas por teléfono dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción, pero a más tardar al cierre del siguiente día hábil. Las quejas formales resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros dentro del plazo mencionado anteriormente no requieren un reconocimiento o respuesta por escrito. Las siguientes categorías no pueden ser resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros y deben abordarse a través del proceso estándar de quejas formales: disputas de cobertura, apelaciones, tratamiento experimental o de investigación, condiciones o procedimientos insalubres en el consultorio, discriminación potencial y calidad del tratamiento completado.

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

**IMPORTANTE:** No es necesario que espere una determinación de LIBERTY antes de comunicarse con el DMHC para casos urgentes. Puede comunicarse con el DMHC como se indica a continuación, en cualquier momento.

Si no está satisfecho con la resolución que LIBERTY le otorgó, puede comunicarse con el DMHC, tal como se indica a continuación. También puede presentar materiales adicionales para una consideración adicional al Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY, en la dirección que se indica a continuación.

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Grievances and Appeals  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110



**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 (**888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para que usted lo use en caso de tener una queja en contra de LIBERTY, o para solicitar la revisión de cancelaciones, rescisiones y no renovaciones bajo las Leyes de California y reglas relacionadas. Excepto en los casos de situaciones dentales de emergencia, tal como se describe a continuación, primero debe presentar su queja formal ante LIBERTY. Si no está satisfecho con el resultado de su queja formal o no recibe una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días calendario, puede ponerse en contacto con el DMHC para que presente una queja contra LIBERTY. Tenga en cuenta que: Las quejas del DMHC solo se pueden presentar una vez que haya agotado sus derechos de queja formal ante LIBERTY.

**IMPORTANTE:** Usted puede presentar inmediatamente una queja ante el DMHC sin tener que presentar primero una queja formal ante LIBERTY en caso de una situación dental de emergencia.

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

### **Su derecho a presentar una apelación:**

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

Si no está satisfecho con la determinación de LIBERTY, tiene hasta 180 días calendario a partir de la fecha indicada anteriormente para presentar una apelación. Una apelación le permite presentar información adicional que sea relevante para su reclamo y solicitar que LIBERTY la revise.

Usted puede incluir documentos, registros u otra información escrita con su apelación. También puede solicitar, sin cargo alguno, copias de todos los documentos, registros y otra información de LIBERTY que sea relevante para su reclamo. LIBERTY revisará la información que presente y reconsiderará su reclamo.

Como parte de su apelación, puede solicitar a LIBERTY el nombre de cualquier experto médico u otra persona a la que LIBERTY haya pedido consejo mientras reconsideraba su reclamo.

Puede enviar su queja formal por escrito a:

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Attn.: Grievances and Appeals  
Quality Management Department  
P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110  
Fax: 833-250-1814 949-270-0109  
En línea: [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)

O puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY por teléfono al (888) 703-6999

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

Puede presentar su queja formal para arbitraje, lo cual permitirá a un árbitro neutral revisar su situación y determinar si LIBERTY es responsable de algún servicio o pago adicional. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al (888) 703-6999, con la finalidad de iniciar el proceso de arbitraje. También tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud de la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación en respuesta a una queja formal infructuosa.

## **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 descarta su derecho de presentar una Queja Formal al DMHC después de finalizar la mediación. Para 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)**

Los casos denegados por LIBERTY, por servicios cubiertos que no son médicamente necesarios, pueden ser elegibles para el programa de Revisión Médica Independiente (IMR) del DMHC. Los miembros pueden solicitar un formulario para la IMR de su caso comunicándose con LIBERTY al 888-7036999, visitando el sitio web de LIBERTY, [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com) o escribiendo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. También puede solicitar los formularios del DMHC. Puede comunicarse con el DMHC llamando al 1-888-466-2219 o visitando su sitio web en: [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). La IMR 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 formales de LIBERTY, y todos los procedimientos de resolución de quejas formales se han agotado, el asunto puede someterse al 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, incluso una responsabilidad médica o contractual, el asunto debe resolverse por medio de arbitraje. Se realizará el arbitraje de acuerdo con las normas y regulaciones de la Asociación

Americana de Arbitraje vigentes a la hora de la ocurrencia de la queja formal (disputa o controversia) y sujeto a las leyes de California y códigos relacionados.

## **XII. OTRAS DISPOSICIONES**

### **A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Como miembro de LIBERTY, siempre recibirá sus beneficios. 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 (EOC), 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.

Como miembro con cobertura, siempre recibirá sus beneficios de LIBERTY. Sin embargo, si tiene cobertura en virtud de un plan o de una póliza de cualquier plan de salud calificado que brinde el beneficio de salud dental pediátrico esencial, su cobertura bajo este plan es un beneficio dental secundario. En ese caso, este Plan pagará el monto menor que hubiera pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales, o el costo total de bolsillo que se pagará conforme a su plan de beneficios dentales primarios para los beneficios cubiertos bajo este plan. Si no tiene cobertura en virtud de un plan o de una póliza de un Plan de Salud Calificado que brinde el Beneficio de Salud Dental Pediátrico Esencial, su cobertura bajo este Plan se considerará como su cobertura dental primaria y usted tiene el derecho de recibir los beneficios como se indica en esta Evidencia de Cobertura (EOC), más allá de cualquier otra cobertura adicional que pueda tener.

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

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

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

El Comité de Políticas Públicas de LIBERTY es un grupo compuesto por miembros, personal de apoyo y nuestro Director Dental. El Comité de Políticas Públicas analiza las formas en que LIBERTY puede servir mejor a nuestros miembros, además de ver las formas de mejorar nuestras políticas y programas. Unirse a este grupo es voluntario, por lo cual recibirá una compensación económica por asistir. Si desea participar en el Comité de Política Pública de LIBERTY, comuníquese con el Departamento de Control de Calidad al correo electrónico [qm@libertydentalplan.com](mailto:qm@libertydentalplan.com) o llame al 888-703-6999.

### **D. NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN**

La discriminación es ilegal. LIBERTY sigue todas las leyes de derechos civiles estatales y federales. LIBERTY no discrimina ilegalmente, excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

LIBERTY brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como por ejemplo:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros entre las 8:00 a. m. y 5:00 p. m. (PST) llamando al (888) 703-6999. O, si no puede oír o hablar bien, llame al (800) 735-2929.

### **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL**

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

- **Por teléfono:** Llame al Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) llamando al 888-704-9833. O, si no puede oír o hablar bien, llame al (800) 735-2929.
  - **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799
  - **En persona:** Visite el consultorio de su médico o LIBERTY Dental Plan y diga que desea presentar una queja formal.
  - **Electrónicamente:** Visite el sitio web de LIBERTY Dental Plan en <https://www.libertydentalplan.com>.

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

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de servicios de atención de la salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.
  - **Por escrito:** Complete el formulario de queja o envíe una carta a:

**Michele Villados**  
**Director Adjunto, Oficina de Derechos Civiles**  
**Department of Health Care Services**  
**Office of Civil Rights**  
**P.O. Box 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**

Puede obtener formularios de quejas en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

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

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

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame a **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

Puede obtener formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electrónicamente: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

## **E. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS**

Como se ha indicado a lo largo de este documento, usted no necesita presentar reclamos directamente ante LIBERTY. Sus servicios dentales generales se programan con el PCD participante, quien a su vez presenta los reclamos en su nombre. Los servicios prestados por un especialista se reportan a LIBERTY por medio del especialista. Si recibe servicios fuera de la red debido a una situación de emergencia fuera del horario de oficina o fuera del Área de Servicio, consulte la sección anterior para ver cómo presentar sus gastos a LIBERTY para recibir el reembolso (consulte sección Reembolso para atención dental de emergencia descrita anteriormente).

## **F. DONACIÓN DE ÓRGANOS**

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

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

Servicios para miembros de LIBERTY proporciona apoyo de atención al cliente gratuito de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., en días hábiles normales, para asistir a los miembros con preguntas sencillas y resolución de problemas. Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden utilizar la línea gratuita de Servicio de Retransmisión de California llamado al 1-800-735-2929 (TTY) o 1-888-877-5378 (TTY) para comunicarse con el Departamento. Nuestro número gratuito es (888) 703-6999.

## **H. DERECHOS DEL MIEMBRO**

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, teniendo debidamente en cuenta su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.

- Recibir información sobre el plan y sus servicios, incluyendo los servicios cubiertos.
- Poder elegir un PCD dentro de la red de LIBERTY.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Expresar sus quejas formales, verbalmente o por escrito, sobre la organización o la atención recibida.
- Recibir coordinación para los cuidados.
- Solicitar una apelación de decisiones respecto a denegar, aplazar o limitar servicios o beneficios.
- Recibir servicios de interpretación oral para su idioma.
- A formular directivas anticipadas.
- Desafiliarse a solicitud.
- Acceder a los Servicios de consentimiento de menores.
- Recibir materiales escritos informativos para el miembro en formatos alternativos (como Braille, impresión de tamaño grande y formato de audio) a solicitud y de manera oportuna, según sea el formato que se solicita y de acuerdo con las leyes de California y los códigos relacionados.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas, presentada de una manera apropiada para su condición y capacidad de comprensión;
- Tener acceso y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que sean enmendados o corregidos, de acuerdo con las leyes federales.

Libertad de ejercer estos derechos sin afectar negativamente la forma en que lo trata LIBERTY, sus proveedores o el Estado.

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

## **I. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Pagar la prima de su cobertura a tiempo;
- Identificarse como miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame o visite a su consultorio dental seleccionado;
- Tratar al PCD, al personal del consultorio 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 PCD en seguir el curso del tratamiento recetado;
- Hacer sus copagos al momento de recibir el servicio;
- Asegúrese de avisarle a su PCD sobre sus necesidades personales del idioma;
- Informar a LIBERTY Dental Plan de cambios en el estado de su familia.
- Estar al tanto y seguir las pautas de la organización al solicitar atención dental.
- Completar el tratamiento con su PCD asignado;
- Cumplir con las normas del consultorio dental sobre la atención y conducta.
- Seguir el proceso de derivación para atención especializada;
- Brindarle a su PCD, a su leal saber y entender, la información correcta sobre su salud física y dental;
- Informar a su PCD si tiene cambios repentinos en su salud física y dental;
- Informar a su PCD o especialista que entiende el plan de tratamiento y lo que se requiere de usted;
- Seguir con el plan de tratamiento que usted entendió y acordó con su PCD o especialista;

- Sus propias acciones si rechaza el tratamiento o no sigue el plan de tratamiento, las instrucciones y los consejos de su PCD o especialista; y
- Comprender sus beneficios dentales, incluido lo que está y no está cubierto.

## **J. 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. Los servicios solo pueden ser denegados por necesidad dental por un dentista calificado y con la debida licencia, que trabaja dentro de las pautas de criterios clínicos escritas de LIBERTY, y teniendo debidamente en cuenta las necesidades de los miembros individuales, así como las características del sistema de provisión local. LIBERTY no recompensa ni incentiva a los revisores a emitir denegaciones de cobertura o atención, ni proporciona incentivos que fomenten algún tipo de barrera para acceder a la atención o a los servicios, ni impulsa decisiones que den lugar a una infrautilización.

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

## **XII PLAN DE CUMPLIMIENTO**

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

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

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

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

### **A. Definiciones**

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

## **B. POLÍTICA:**

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

## **C. 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 monitoreada por un miembro designado del Comité de Cumplimiento Corporativo de LIBERTY. Toda la información reportada en la línea telefónica anónima se reenvía al equipo de control de calidad de LIBERTY para realizar una investigación exhaustiva.

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

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

- El suministro de información, con fines educativos, al Proveedor participante que describe el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta;
- Buscar el reembolso del Proveedor participante de cualquier monto pagado por LIBERTY en relación con el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta;
- La terminación del contrato del proveedor vigente entre LIBERTY y el proveedor participante; 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.



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

P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110

(888) 703-6999



**Apéndice 1:**

**LISTA DE BENEFICIOS  
SERVICIOS CUBIERTOS**

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

**Anexo 2:**

**PRIMA, CUOTAS DE PREPAGO  
Y CARGOS**

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

**Anexo 3:**

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