

Formulario de Solicitud de Apelación

Si tiene una queja o reclamo, complete y envíe este formulario a LIBERTY Dental Plan (LIBERTY) para iniciar el proceso de apelación. LIBERTY debe recibir el formulario cumplimentado **en un plazo de sesenta (60) días a partir del acontecimiento desencadenante**. Esta es la fecha en que ocurrió el acontecimiento que usted está apelando.

Si no completa y devuelve este formulario en un plazo de sesenta (60) días, su apelación puede ser desestimada o denegada.

Por favor, proporcione toda la información solicitada, incluyendo una explicación detallada del problema. Incluya el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) de LIBERTY con la(s) que haya tratado, así como las fechas en que se produjeron los acontecimientos en particular. Utilice más papel si es necesario. Adjunte copias de cualquier documento justificativo que le gustaría que se tome en consideración.

Información del Miembro

Nombre del Miembro:

ID de Miembro:

Dirección Postal del Miembro:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número telefónico:

Dirección de Correo Electrónico:

Fecha del acontecimiento desencadenante:

Tutor del Miembro (si corresponde):

Teléfono del tutor:

Representante autorizado (si lo hubiera)

Yo, _____ autorizo a _____ para que me represente en relación con la apelación. Autorizo a mi representante a presentar pruebas, obtener información y recibir notificaciones en relación con mi apelación. Entiendo que mi información médica personal (PHI) puede ser divulgada a mi representante. Entiendo que mi PHI puede incluir información sobre trastornos o tratamiento relacionados con drogas o alcohol, trastornos o tratamiento de salud mental y enfermedades transmisibles o no transmisibles. Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de esta información. Mi representante estará

disponible para representarme en la fecha y hora de la audiencia de apelación según lo establecido por LIBERTY. No tengo un tutor legalmente designado, o mi tutor legalmente designado consiente por la presente esta autorización.

Firma del Miembro

Fecha

Por favor, explíquenos su solicitud en el espacio que aparece a continuación. Sea lo más específico posible y, cuando sea posible, indique la(s) fecha(s) en que se produjo el acontecimiento. Por favor, incluya lo que le gustaría que LIBERTY hiciera con respecto a este problema. (Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel.)

AVISO IMPORTANTE PARA LOS MIEMBROS A BENEFICIOS O SERVICIOS DE SOONERSELECT CUYOS BENEFICIOS O SERVICIOS HAYAN SIDO INTERRUMPIDOS O REDUCIDOS:

Debe solicitar una apelación y ésta debe ser recibida por LIBERTY. Su apelación debe presentarse en un plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha del aviso. Puede solicitar que sus servicios continúen mientras se revisa su apelación. Debe solicitar la continuación de los servicios en un plazo de diez (10) días naturales a partir de la fecha del aviso. También puede solicitar que se interrumpan los servicios mientras se revisa su apelación. Si presenta una apelación en un plazo de 60 días naturales a partir de la fecha del aviso y no solicita la interrupción de los servicios, éstos continuarán durante el periodo de revisión.

Cuando su apelación no cambie la decisión del plan de salud, éste puede exigirle que pague los servicios que recibió mientras espera la decisión

Si **NO** desea que los servicios o beneficios continúen mientras su apelación está procesándose, marque la casilla a continuación:

No deseo que continúen los servicios o beneficios mientras se decide mi apelación.

Firma del Miembro

Fecha

Envíe este formulario a:

LIBERTY Dental Plan
Attn: Grievances & Appeals

Phone: 888-700-1093 or TTY: 877-855-8039
Email: GandA@libertydentalplan.com

P.O. Box 26110 Santa Ana, CA 92799