



**CALIFORNIA  
PLAN INDIVIDUAL  
DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE  
COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN**

**Contiene información para los afiliados cubiertos COVERED CALIFORNIA  
Plan Individual de Beneficios Dentales Pediátricos Esenciales (EPDB), que incluye el plan “LIBERTY  
Dental Plan Family Dental HMO.”**

Los servicios de interpretación y traducción pueden estar disponibles para los miembros con dominio limitado de inglés, incluida la traducción de documentos a ciertos idiomas clave sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 1-888-844-3344. 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 leerla. 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 1-888-844-3344.

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

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

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

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE LIBERTY DENTAL PLAN PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE ENTREGARÁ PREVIA SOLICITUD.

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

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

**TABLA DE BENEFICIOS**

LA SIGUIENTE TABLA ESTÁ DISEÑADA PARA 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.

<b>LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO</b>			
<b>Plan de copagos</b>			
Los montos de Costo Compartido del Miembro describen los costos de bolsillo del afiliado.			
<b>Tipos de beneficios</b>		<b>Plan dental EHB pediátrico</b>	<b>Plan dental para adultos</b>
<b>Edad</b>		<b>Hasta los 19 años:</b>	<b>De 19 años o más</b>
<b>Valor actuarial</b>		85,10 %	No calculado
<b>Tipo de red</b>		<b>Dentro de la red</b>	<b>Dentro de la red</b>
<b>Deducible individual</b>		Ninguno	Ninguno
<b>Deducible familiar (Dos o más hijos)</b>		No es aplicable	No es aplicable
<b>Máximo gasto de bolsillo individual</b>		\$350	No es aplicable
<b>Máximo gasto de bolsillo familiar (Dos o más hijos)</b>		\$700	No es aplicable
<b>Copago para el consultorio</b>		\$0	\$0
<b>Período de espera</b>		Ninguno	Ninguno
<b>Límite anual de beneficios</b> (la cantidad máxima que pagará el plan dental en el año de beneficios)		Ninguno	Ninguno
<b>Categoría del procedimiento</b>	<b>Tipo de servicios</b>	<b>Costos compartidos para el miembro</b>	<b>Costos compartidos para el miembro</b>
<b>Diagnóstico y servicios preventivos</b>	Examen oral	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Preventivos - Limpieza	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Servicios preventivos - radiografías	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Sellante por diente	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Aplicación tópica de flúor	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Espaciador - fijo	Sin costo	No se cobra si está cubierto
<b>Servicios básicos</b>	Procedimientos de restauración	\$25-\$70	\$25-\$70
	Mantenimiento periodontal	\$30	\$30
<b>Servicios principales</b>	Periodoncia (que no sea mantenimiento)	\$10-\$350	\$10-\$220
	Endodoncia	\$20-\$365	\$20-\$365
	Coronas y yesos	\$20-\$310	\$20-\$310
	Prostodoncia	\$35-\$350	\$35-\$400
	Cirugía bucal	\$40-\$350	\$35-\$280
<b>Ortodoncia</b>	Ortodoncia médicamente necesaria	\$350	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.

## 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). En él se explica lo que LIBERTY cubre y no cubre. También lea su Lista de Beneficios (en la página 23), que enumera los copagos y otras cuotas. Su plan de LIBERTY Dental es un plan dental individual. Para ser elegible a esta cobertura, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad, tal como se indica en este documento.

### 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) 844-3344**  
**Sitio web: [www.LIBERTYDentalPlan.com](http://www.LIBERTYDentalPlan.com)**

### C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

LIBERTY tiene un área de servicio que cubre todo el estado de California. Esta es el área en que LIBERTY ofrece cobertura dental. Usted debe vivir o trabajar en el Área de Servicio. Debe recibir todos los servicios dentales dentro del Área de Servicio, a menos que necesite Atención de Emergencia o Atención de Urgencia. Si se muda 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 dentista de atención primaria y otros proveedores participantes deben proporcionarle los servicios cubiertos. Llame al 888-844-3344 para pedir un Directorio de Proveedores de LIBERTY o use el sitio web.

Si elige 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 11).

### E. SU DENTISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (consulte Acceso a servicios en la página 8)

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

**CONDADOS DE EXCEPCIÓN:** Si reside en los siguientes condados, usted no elige a un dentista de atención primaria. Usted puede acceder a los servicios de cualquier dentista general contratado en la red: Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Contra Costa, Del Norte, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kings, Lake, Lassen, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Plumas, San Benito, San Joaquin, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Barbara, Santa Cruz, Shasta, Sierra, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Sutter, Tehama, Trinity, Tulare, Tuolumne, Ventura y Yuba.

### F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN (consulte la página 20)

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 888-844-3344. 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 888-844-3344. Asegúrese de avisarle a su proveedor (dentista) sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

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

Primero, llame a su dentista de atención primaria 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 proveedor que no sea su dentista de atención primaria. Consulte la siguiente sección Derivaciones y Aprobaciones previas.
- La atención debe ser dentalmente necesaria para su salud. Su dentista y LIBERTY siguen pautas y políticas para decidir si la atención es dentalmente necesaria. Si no está de acuerdo con LIBERTY acerca de si un servicio que desea es dentalmente necesario, puede presentar una queja formal o, en algunos casos, puede solicitar una revisión médica independiente (consulte la página 19).

- La atención debe ser un servicio cubierto por LIBERTY. A los servicios 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 sea necesario, la Lista de Beneficios se puede adjuntar como Anexo 1.

#### **H. ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN**

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

- Las citas urgentes deben programarse dentro de las 72 horas. Hable sobre sus necesidades individuales con su dentista de atención primaria para determinar qué tan pronto puede ser atendido (consulte la página 9)
- 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 1-888-844-3344 para obtener ayuda.

LIBERTY brinda servicios de asistencia del idioma en todos los puntos de contacto, incluso durante su cita dental. Si su dentista de atención primaria o especialista, o el personal de su consultorio, no pueden comunicarse con usted en su idioma, 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 a su cita. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al 1-888-844-3344 para coordinar estos servicios con la mayor anticipación posible a su cita.

#### **I. DERIVACIONES Y AUTORIZACIONES PREVIAS (consulte la página 10)**

Debe obtener una derivación de su dentista de atención primaria 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 dentista de atención primaria 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.

No necesita una derivación y aprobación previa para consultar con su dentista de atención primaria u obtener atención de emergencia o atención de urgencia.

#### **J. ATENCIÓN DE EMERGENCIA (consulte las páginas 9 y 10)**

La atención de emergencia es un servicio cubierto, independientemente de si la atención se prestó dentro del Área de Servicio. 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 mental 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 dentista de atención primaria 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 es la atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave. La atención de emergencia es un servicio cubierto, independientemente de si la atención se prestó dentro del Área de Servicio.

#### **L. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY (consulte la página 9)**

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” en la página 23 y en la sección “Lo que usted paga” en la página 11)**

- La Prima es lo que usted paga a LIBERTY para mantener la cobertura.
- Un Copago es la cantidad que usted debe pagar al Proveedor por un procedimiento cubierto específico.
- El deducible anual es la cantidad que paga directamente a los Proveedores por ciertos servicios, antes de que LIBERTY comience a pagar.
- El máximo gasto anual de bolsillo es el dinero que usted debe pagar por su atención dental cubierta en un año.

Después de que usted realiza sus Copagos, LIBERTY paga por el resto de cualquier servicio cubierto. Después de haber alcanzado el máximo gasto de bolsillo, LIBERTY pagará el resto del costo de los servicios para ese año, siempre y cuando el servicio que reciba sea un beneficio cubierto.

**N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN (consulte la página 16)**

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de Quejas Formales. Usted puede presentar una queja (también llamada *apelación* o *queja formal*) ante LIBERTY por cualquier insatisfacción que tenga con LIBERTY, sus beneficios, una determinación de reclamo, una determinación de beneficios o cobertura, su proveedor o cualquier aspecto de su plan de beneficios dentales. Si no está de acuerdo con la decisión de LIBERTY sobre su queja, puede obtener 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):

**Afiliado:** consultar la definición de Miembro.

**Año de beneficios:** El año de cobertura de su plan de LIBERTY Dental.

**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.

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

**Atención de emergencia/Servicio dental de emergencia:** El servicio y la atención dental de emergencia incluyen (y están cubiertos por LIBERTY Dental Plan) pruebas dentales, exámenes, evaluación por un dentista o especialista dental para determinar si existe una condición dental de emergencia. Una condición puede considerarse 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 Dental Plan si los servicios se prestan en un hospital cubierto por un plan médico, o si LIBERTY Dental Plan determina que los servicios no eran de naturaleza dental.

**Atención de Urgencia Fuera del Área:** Servicios de urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del Área de Servicio o lejos de su dentista de atención primaria.

**Atención de urgencia:** Es la atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave.

**Autorización previa:** Un documento presentado en su nombre solicitando una determinación y aprobación previa a la prestación de servicios de tratamiento deseados para usted.

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

**Beneficios dentro de la Red:** Los beneficios disponibles para usted cuando recibe servicios de un proveedor contratado.

**Beneficios:** Servicios cubiertos por su plan de LIBERTY Dental.

**Capitación:** Los prepagos realizados por LIBERTY a un dentista general contratado para proporcionar servicios a los miembros asignados.

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

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

**Cobertura fuera del área:** Beneficios proporcionados cuando está fuera del Área de Servicio del Plan, o lejos de su dentista de atención primaria.

**Copago:** Cualquier cantidad cobrada a un miembro al momento de recibir los servicios cubiertos. Las cantidades de los Copagos fijos están enumeradas en la Lista de Beneficios.

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

**Dentista de atención primaria:** Normalmente, un dentista general afiliado a LIBERTY para brindar servicios a los miembros cubiertos bajo el plan. El dentista de atención primaria es responsable de brindar o coordinar los servicios dentales necesarios.

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

**Dentista general:** Un dentista con licencia que ofrece servicios dentales generales y que no se identifica como un especialista.

**Dependiente:** Cualquier miembro elegible de la familia del suscriptor que está inscrito en el plan de LIBERTY Dental.

**EPDB o Beneficio Dental Pediátrico Esencial:** Se refiere a los planes exigidos por la Ley del Cuidado de la Salud Asequible para proporcionar beneficios dentales pediátricos esenciales a los niños.

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

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

**Expedientes Dentales:** Se refiere a los archivos con fines de diagnóstico, radiografías dentro y fuera de la boca, 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.

**Grupo dental participante, consultorio dental, o proveedor:** Una instalación dental y sus dentistas que están bajo contrato para proporcionar servicios a los miembros de LIBERTY, de conformidad con las reglas y regulaciones de LIBERTY.

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

**Necesidad dental o dentalmente necesario:** Un servicio cubierto que cumple con las pautas del plan en cuanto a lo que es adecuado y razonable 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 dental. El pago de los servicios se realiza para los servicios cubiertos que el plan considere dentalmente necesarios.

**Pareja doméstica:** Una persona que está en una relación comprometida para compartir la vida con el miembro.

**Período de inscripción abierta:** Un período de tiempo en cual puede iniciar o cambiar la inscripción en un plan dental.

**Plan dental o Plan de beneficios:** El producto dental de LIBERTY que adquirió para tener cobertura de servicios dentales.

**Plan individual o plan dental individual:** Un plan de beneficios dentales que brinda cobertura para una persona individual. Un cónyuge o dependiente cubierto también se pueden incluir en el mismo Plan Individual del suscriptor.

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

**Prima:** La cuota que se paga a LIBERTY para este plan de beneficios.

**Proveedor cuyo contrato ha finalizado:** Un dentista que anteriormente prestaba servicios bajo contrato que ya no está asociado con el Plan.

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

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

**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.

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

**Revisión Médica Independiente (IMR):** Un programa de California donde ciertos servicios denegados pueden estar sujetos a una revisión externa. Para Planes Individuales, la IMR solo está disponible para servicios médicos.

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

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

**Servicios profesionales:** Servicios o procedimientos dentales proporcionados por un dentista con licencia o asistentes aprobados.

**Suscriptor:** Miembro, afiliado o “usted” tienen el mismo significado en este documento.

**Usted:** Pertenece a los miembros individuales, incluidos los hijos dependientes cubiertos, en los planes individuales de beneficios pediátricos esenciales que son los beneficiarios de este plan de beneficios dentales.

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

LIBERTY Dental Plan tiene contratos con dentistas generales y especialistas para proporcionar servicios cubiertos por su Plan. Su dentista de atención primaria le proporcionará toda la atención dental necesaria, incluyendo referencias a especialistas si es necesario. Todos los servicios y beneficios descritos en esta publicación están cubiertos solo si los proporciona un dentista de atención primaria o especialista contratado. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia como se describe en este documento bajo “Atención Dental de Emergencia” o “Atención de Urgencia.”

LIBERTY pone a su disposición dentistas de atención primaria (dentistas generales) y especialistas en todo el estado de California dentro de una distancia razonable de su hogar o lugar de trabajo. La mayoría de los afiliados deben tener una residencia o lugar de trabajo dentro de los treinta (30) minutos o quince (15) millas de distancia de un consultorio dental de atención primaria. Póngase en contacto con LIBERTY al teléfono gratuito **888-844-3344** o mediante el sitio web [www.LIBERTYdentalplan.com](http://www.LIBERTYdentalplan.com) para encontrar un dentista en su área.

#### **A. INSTALACIONES**

Nuestra meta es proporcionarle beneficios dentales apropiados, brindados por profesionales dentales altamente calificados, en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de LIBERTY Dental Plan 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. Realizamos un programa de evaluación de la calidad, el cual incluye la administración continua del contrato para asegurar que los dentistas cumplan con la educación continua, la accesibilidad a los miembros, el diagnóstico adecuado y la planificación del tratamiento.

#### **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. Además, el estado de sus dientes, encías y boca puede tener un efecto profundo 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 y salud prenatal y perinatal, así como otras condiciones de salud, se puede encontrar en el sitio web.

#### **C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES**

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

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

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

Todos los miembros de la familia en el Plan de Beneficios Pediátricos Esenciales del mismo Plan Individual deben ser asignados y recibir tratamiento del mismo dentista de atención primaria.

2. **Cómo cambiar de dentista de atención primaria:** Puede comunicarse con LIBERTY en cualquier momento para cambiar su dentista de atención primaria. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito (888) 844-3344 (en horario de oficina) o envíe una solicitud de cambio por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Su solicitud para cambiar de dentista de atención primaria entrará en vigencia el primer (1<sup>er</sup>) día del mes siguiente si LIBERTY Dental Plan recibe dicha solicitud antes del vigésimo (20.<sup>o</sup>) día del mes actual. Su solicitud para cambiar de dentista no será procesada si tiene un saldo pendiente con su dentista actual.
3. **Excepción:** Quienes se inscriban en los “CONDADOS DE EXCEPCIÓN” (en la página 4) no seleccionan un dentista de atención primaria en el momento de la inscripción. Para obtener acceso a la atención en estos condados, simplemente comuníquese con el Dentista General contratado para proporcionar los servicios bajo el plan seleccionado para una cita. El Dentista General contratado se comunicará con LIBERTY Dental Plan para verificar su elegibilidad. Puede obtener información sobre los proveedores en estos condados por teléfono o en nuestro sitio web. En estos condados, no está asignado a este Proveedor y puede cambiar a otro Dentista General contratado en cualquier momento.
4. **Atención de un especialista dental:** Puede obtener atención de un especialista dental solo después de que su dentista de atención primaria haya enviado a LIBERTY la derivación a un especialista para su aprobación. Solo puede recibir los servicios de un especialista dental que hayan sido 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 dentista de atención primaria o especialista participante contratado por LIBERTY Dental Plan. 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. ATENCIÓN DE URGENCIA:**

La atención de urgencia es la atención que usted necesita dentro de las siguientes 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuyo tratamiento no se puede demorar. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales de urgencia solo si estos se requieren para aliviar el dolor intenso o sangrado, o si un afiliado cree razonablemente que la condición, si no es diagnosticada o tratada, puede derivar en una discapacidad, disfunción o la muerte. Comuníquese con su dentista de atención primaria 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 se determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, no se cubrirán los servicios prestados por un dentista no participante.

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

Todos los proveedores de atención primaria afiliados ofrecen servicios dentales de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. El plan dental brinda cobertura para servicios dentales de emergencia, en caso 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. 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 dentista de atención primaria para programar una cita de inmediato. Para condiciones dentales urgentes o inesperadas que ocurran después del horario de oficina o durante los fines de semana, comuníquese con su dentista de atención primaria para obtener instrucciones sobre cómo proceder.

Si su dentista de atención primaria no está disponible, o si usted está fuera del Área de Servicio y no puede ponerse en contacto con LIBERTY para que lo deriven a 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 LIBERTY Dental Plan*), como lo define el Código de Salud y Seguridad de California, incluye una revisión dental, examen, evaluación por un dentista o especialista para determinar si existe la condición dental de emergencia y para proporcionar la atención reconocida de acuerdo con los estándares profesionales de atención dental para aliviar los síntomas de emergencia en un consultorio dental. Las emergencias médicas y/o psiquiátricas no están cubiertas por LIBERTY Dental Plan y generalmente están cubiertas por un plan de salud. 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 Dental Plan recibió su reclamo, que incluirá:

- La razón de la denegación.
- Referencia a las disposiciones pertinentes de la Evidencia de Cobertura 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.

#### **F. SEGUNDA OPINIÓN**

Usted puede pedir una segunda opinión dental, sin costo alguno, comunicándose directamente con Servicios para Miembros al número gratuito (888) 844-3344 o por correo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Su dentista de atención primaria también puede solicitar una segunda opinión 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 Dental Plan 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 Dental Plan 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 Dental Plan sobre segundas opiniones dentales.

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

En caso de que necesite ser visto por un especialista, LIBERTY Dental Plan requiere una autorización previa. Su dentista de atención primaria es responsable de obtener la autorización por usted para que pueda recibir atención especializada.

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

Si su autorización previa para derivación a un especialista es denegada, o en caso no esté satisfecho con la autorización previa, usted tiene el derecho de presentar una Queja Formal. Consulte PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES más adelante.

Si su dentista de atención primaria 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.

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

No es necesario obtener autorización previa de beneficios para recibir servicios dentales de parte de su dentista de atención primaria. El dentista de atención primaria tiene la autoridad para hacer la mayoría de las determinaciones de cobertura. Las determinaciones de cobertura se logran mediante evaluaciones orales integrales, que están cubiertas por su plan. Su dentista de atención primaria 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 dentista de atención primaria contratado y asignado (consulte la sección Derivación a un Especialista descrita anteriormente).

Los servicios especializados propuestos por cualquier especialista a quien ha sido derivado deben tener autorización previa antes de brindar la atención, a excepción de los servicios dentales de emergencia (Atención Dental de Emergencia y Servicios de Urgencia descritos anteriormente).

Usted o sus Proveedores pueden llamar a Servicios para Miembros al número gratuito 1-888-844-3344 para obtener información sobre las políticas de Autorización Previa de servicios, procedimientos o el estado de una derivación o Autorización Previa específica.

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

Cualquier denegación, demora o modificación de los servicios incluirá una descripción clara y concisa de los criterios de revisión de utilización, las pautas, la razón clínica o la sección contractual de la documentación de cobertura que se usaron para tomar tal determinación. 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.

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

**Solicitudes urgentes:** Si usted o su dentista de atención primaria 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 dentista de atención primaria 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 dentro de los treinta (30) días a partir de la recepción de la información.

## **I. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

**Miembros actuales:** Un miembro actual puede 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 al Plan al 1-888-844-3344 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la política del Plan sobre continuidad de la atención. Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con el proveedor 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 al Plan al 1-888-844-3344 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la política del Plan sobre continuidad de la atención. Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con 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. Esta política no se aplica a los miembros nuevos con un contrato de suscriptor individual.

## **J. 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 asistencia de idiomas, llame al 888-844-3344. Asegúrese de avisarle a su proveedor (dentista) sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

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

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

Si compró su Plan individual de Covered California, usted realiza el primer pago (“compromiso de pago inicial”) directamente a LIBERTY para garantizar su fecha efectiva y todos los pagos restantes a LIBERTY en la dirección indicada en el Anexo 2.

Su compromiso de pago inicial a LIBERTY Dental Plan se vence el 15 del mes efectivo. Una vez que se haya recibido su compromiso de pago inicial, sus pagos mensuales vencerán como se facturaron y deben recibirse antes del período de gracia de 30 días.

Su plan dental le brinda un “período de gracia” para darle tiempo a fin de que pueda realizar el pago de su prima sin perder su cobertura dental. “Período de gracia” significa un período de 30 días a partir del primer día después del último día de cobertura pagada. Si LIBERTY no recibe el pago de las Primas en su totalidad al finalizar el período de gracia, LIBERTY cancelará esta EOC y toda cobertura provista conforme al EOC de acuerdo con las disposiciones de Cancelación en esta EOC.

Su Prima y los términos de pago están enumerados en el Anexo 2, incluyendo la dirección postal para los pagos.

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

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

**La renovación y los cambios en los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de Covered California.**

LIBERTY Dental Plan puede cambiar los Beneficios cubiertos, Copagos y Primas de vez en cuando. LIBERTY Dental Plan no reducirá los Beneficios cubiertos ni aumentará la Prima durante el plazo del acuerdo sin antes notificarle a usted por lo menos sesenta (60) días antes del cambio propuesto.

## **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 Evidencia de Cobertura. Debe hablar sobre cualquier cargo por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su proveedor. 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 proveedor por dichos servicios.

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

## **D. RESPONSABILIDAD DE PAGOS**

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 dentista en las siguientes situaciones:

- Para servicios no cubiertos. Si recibe servicios de un dentista o centro no contratado;
- Si se requería una autorización previa y usted no obtuvo la autorización previa del tratamiento por parte del proveedor;
- Servicios recibidos fuera del Área de Servicios que posteriormente se determina que no califican como servicios de Atención de Emergencia o Atención de Urgencia, tal como el tratamiento de rutina más allá de la estabilización de la situación de emergencia

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 dentista contratado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio previsto y el costo estimado. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 888-844-3344.

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

## **E. REEMBOLSO DE PROVEEDORES**

LIBERTY paga por los servicios cubiertos a los dentistas contratados a través de una variedad de arreglos, que incluyen capitación, pago por servicio y subpagos suplementarios, además de la capitación. 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**

**Covered California determina los procesos de elegibilidad e inscripción.**

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

Si LIBERTY Dental Plan recibe su solicitud dental completa de Covered California y su compromiso de pago inicial antes del 15.º día del mes efectivo, usted puede recibir atención el mismo día en que Covered California lo considere elegible. 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 Evidencia de Cobertura 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.

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

Usted y sus dependientes inscritos que sean elegibles deben vivir o trabajar en el Área de Servicio del plan. Covered California debe considerar que los siguientes dependientes son elegibles para inscribirse en su plan dental:

- Su cónyuge;
- Sus hijos dependientes (incluyendo hijos adoptados y recién nacidos) menores de veintiséis (26) años;  
*Tenga en cuenta:* Un hijo dependiente inscrito que cumpla 26 años durante un año de beneficios puede permanecer inscrito como dependiente hasta el final de ese año de beneficios. La cobertura de dependientes finalizará el último día del año de beneficios durante el cual el hijo dependiente no será 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 soporte y para sostenerse;

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

- Nuevos dependientes, tales como nuevo cónyuge, hijos adoptados o recién nacidos que sean elegibles después de su fecha efectiva de cobertura.

## **VI. SERVICIOS CUBIERTOS**

Usted está cubierto para los servicios y procedimientos dentales que se indican a continuación cuando sean necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de 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 evaluar el tratamiento dental cuando se consideran necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos 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 deterioro de una condición dental cuando se consideran necesarios para su salud dental, 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 los dientes naturales 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 son procedimientos que implican el tratamiento de la pulpa, el conducto radicular y las raíces cuando se consideran necesarios para su salud dental, 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 DE PERIODONCIA**

Los servicios dentales de periodoncia son aquellos procedimientos que implican el tratamiento de la encía y el hueso que sostienen los dientes, así como el control de la gingivitis (inflamación de las encías) y la periodontitis (enfermedad de las encías), cuando se consideran necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente.

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

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

La prostodoncia removible se encarga del reemplazo de los dientes perdidos con una prótesis removible y del mantenimiento de dicha prótesis.

La prostodoncia fija se encarga del reemplazo de los dientes perdidos con una prótesis fija.

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

Tiene cobertura para los servicios 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 son servicios auxiliares, tales como anestesia durante servicios dentales, blanqueamiento, protectores bucales, etc.

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 de ortodoncia son procedimientos que implican enderezar los dientes y el tratamiento de las discrepancias en la relación de la mordedura de los dientes y las mandíbulas. 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.

#### **J. SERVICIOS DE URGENCIA Y DE EMERGENCIA**

Consulte la información proporcionada anteriormente en esta Evidencia de Cobertura para ver una descripción de la cobertura de servicios dentales de emergencia, que incluye los servicios de urgencia fuera del área de servicio, y cómo acceder a ellos.

#### **K. SERVICIOS PROPORCIONADOS POR UN ESPECIALISTA**

Consulte la información proporcionada anteriormente en esta Evidencia de Cobertura para ver una descripción de la cobertura de servicios disponibles prestados por un especialista, que incluye una lista de los tipos de especialistas dentales cubiertos y cómo acceder a los servicios de un especialista.

## **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 médico que no está en la red de LIBERTY, a menos que tenga la aprobación previa de LIBERTY o necesite Atención de Urgencia o de Emergencia, y se encuentre fuera del Área de Servicio de LIBERTY.
- La atención que no sea dentalmente 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 dentalmente necesarios y estén cubiertos por LIBERTY.
- El costo de copiar sus registros médicos. (Por lo general, este costo es una pequeña cuota por página.)
- Los gastos de traslado, tales como taxis y pasajes de autobús, para ver a un médico o recibir atención médica.
- Otras exclusiones se 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, un dentista con contrato puede cobrar su tarifa habitual por dichos servicios. Antes de brindar a un paciente servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el dentista debe proporcionarle al paciente un plan de tratamiento que incluye cada servicio anticipado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si le gustaría obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar a Servicios para Miembros al teléfono (888) 844-3344 o hablar con su agente de seguros. Para comprender completamente su cobertura, tal vez desee revisar detenidamente esta evidencia de cobertura.

## B. CITAS PERDIDAS

LIBERTY recomienda encarecidamente que si necesita cancelar o reprogramar una cita con su proveedor, notifique al consultorio dental con la mayor anticipación posible. Esto permitirá a LIBERTY y al proveedor programar a otra persona que necesite atención. Los proveedores pueden cobrar una cuota por citas perdidas o canceladas sin la anticipación recomendada.

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

## A. TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

**Los miembros de Covered California pueden estar sujetos a criterios de cancelación adicionales según lo dispuesto por Covered California.**

### 1. Terminación por pérdida de elegibilidad

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

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

Su cobertura de LIBERTY Plan se cancelará si las Primas no se reciben antes del período de gracia de 30 días. La cancelación entrará en vigencia a partir de la medianoche del último día del mes en que recibimos el último pago de las Primas, sujeto al cumplimiento de requerimientos de aviso y período de gracia. La terminación por parte de LIBERTY cumplirá con la Sección 1365(a) del Código de Salud y Seguridad, en su forma enmendada, y cualquier guía o norma asociada que esté vigente en ese momento.

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

Si usted termina su cobertura del Plan mientras el contrato entre usted y LIBERTY Dental Plan está vigente, su dentista de atención primaria 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.

### 4. Terminación por fraude

Si el Suscriptor permite que alguna otra persona utilice su tarjeta de identificación de Miembro para obtener servicios bajo este plan dental, o de alguna forma se ve involucrado en fraude o engaño al presentar a LIBERTY, u otro Proveedor 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.

## 5. Terminación debido al estado de salud

LIBERTY no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha terminado debido a su estado de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión realizada por el Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Si el Director determina que existe una queja que se ajusta a las disposiciones de esta sección, el Director notificará al plan. Dentro de los 15 días de la fecha en que recibimos tal notificación, el plan solicitará una audiencia o reincorporará al afiliado o suscriptor. La reincorporación será retroactiva al tiempo de la cancelación o la renovación, y el plan será responsable de los gastos incurridos por el afiliado o suscriptor por los servicios de atención médica cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de la reincorporación. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada llamando al (1-888-HMO-2219) o a la línea TDD al (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio web del Departamento es <http://www.hmohelp.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 la cancelación entraría en vigor inmediatamente al momento de la notificación.

### C. DESAFILIACIÓN

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

### D. RESCISIÓN

Rescisión significa que LIBERTY puede cancelar su cobertura como si ésta nunca hubiera existido. LIBERTY puede aplicar la rescisión solo en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales, como presentar intencionalmente información material incompleta o incorrecta en su solicitud de inscripción, que afectaría 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

**Las renovaciones del plan dental para los miembros de Covered California serán coordinadas y estarán sujetas a los términos y condiciones de Covered California.**

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

## X. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES

Si no está satisfecho con su dentista de atención primaria seleccionado, 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 el plan dental. Una queja es lo mismo que una Queja Formal. Los formularios de quejas formales pueden solicitarse llamando al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al (888) 844-3344. Los formularios de quejas formales también están disponibles en nuestro sitio web, [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), o preguntando a su dentista de atención primaria. Los formularios de Quejas Formales no son requeridos. LIBERTY investigará una Queja Formal presentada en cualquier formato. Su queja o Queja Formal pueden presentarse de las siguientes maneras:

- Por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110, o
- Por fax al: Departamento de Control de Calidad de LIBERTY Dental Plan al (949) 270-0109, o
- Verbalmente al: Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al (888) 844-3344, o
- A través de nuestro proceso de presentación de quejas formales en línea en nuestro sitio web [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

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

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 dentista de atención primaria 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 Dental Plan 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 30 días.

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

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

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

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

Un miembro puede presentar de inmediato una queja ante el DMHC de California en caso de una situación de emergencia dental. Además, el miembro también puede presentar una queja en caso de que el plan no resuelva esa queja de manera satisfactoria dentro de los siguientes treinta (30) días después de haber presentado la queja ante el plan de servicios de salud.

**Declaración requerida por el estado de California:** El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal contra su Plan de Salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-888-844-3344** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso para presentar quejas formales no prohíbe ningún derecho o remedios legales que usted pudiera tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal referente a una emergencia, 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. También podría ser elegible para la Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por el plan de salud con relación a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, la decisión de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos para escuchar o hablar. El sitio web del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, incluye formularios para presentar quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

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



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

**Quejas Formales urgentes:** Para casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante, LIBERTY revisará y determinará si su caso cumple con los criterios de agilidad para el procesamiento de esta condición de urgencia. Si su caso cumple con los criterios de agilidad, LIBERTY resolverá la condición de urgencia dentro de los tres (3) días calendario posteriores a la recepción de la queja formal, o antes, según la condición. En caso de Quejas Formales urgentes, no es necesario que usted espere la determinación de LIBERTY antes de acceder al DMHC, como se indicó anteriormente.

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

LIBERTY Dental Plan, Inc.  
Quality Management Department  
Attn: Grievance and Appeals  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110

Cualquier información adicional se procesará como una nueva queja formal.

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

Si no está satisfecho con la determinación de LIBERTY, tiene hasta 180 días 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  
Attn: Grievances and Appeals  
Quality Management Department  
P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110  
Fax: 949-270-0109

O puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY por teléfono al (877) 877-1893, o por fax al (888) 334-6034, con la finalidad de iniciar el proceso de apelación.

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 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 por teléfono al (877) 877-1893.

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 por teléfono al (877) 877-1893, 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)**

En casos donde se deniega la solicitud de autorización previa para servicios cubiertos por parte de un proveedor de LIBERTY Dental Plan, y que se consideran práctica médica o que se proporcionen de conformidad con un contrato entre LIBERTY y un plan de salud (que cubre beneficios hospitalarios, médicos o quirúrgicos), puede ser elegible para el programa de Revisión Médica Independiente (IMR) del DMHC. Los suscriptores pueden solicitar un formulario para la revisión médica independiente de su caso comunicándose con LIBERTY Dental Plan al 888-844-3344 o por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. También puede solicitar los formularios del Departamento de Atención Médica Administrada. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada llamando al 1-888-HMO-2219 o visitando su sitio web en: <http://www.hmohelp.ca.gov>. La Revisión Médica Independiente solo está disponible para ciertos servicios médicos.

#### **D. ARBITRAJE**

Si usted o uno de sus dependientes elegibles no están satisfechos con los resultados del proceso de resolución para reclamos de LIBERTY Dental Plan, y todos los procedimientos de resolución 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 Dental Plan, incluso una responsabilidad médica o contractual, el asunto debe resolverse por medio de arbitraje. Se realizará el arbitraje de acuerdo con las reglas y regulaciones de la Asociación Americana de Arbitraje vigentes en el momento en que se presentó la Queja Formal (disputa o controversia) y estará sujeto a la Sección 1295 del Código de Procedimientos Civiles de California.

## **XI. OTRAS DISPOSICIONES**

#### **A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Como miembro con cobertura, siempre recibirá sus beneficios de LIBERTY. LIBERTY no considera su Plan Individual 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.

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

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

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

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

#### **D. NO DISCRIMINACIÓN**

**La discriminación es ilegal.** LIBERTY cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, ni excluye ni trata diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. LIBERTY brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades, y servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como por ejemplo:

- Intérpretes calificados, incluido intérpretes de lenguaje de señas
- Información escrita en otros idiomas y formatos, incluido en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al (888) 844-3344. Si usted considera que LIBERTY no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con el Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY:

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

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD) / En línea en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

#### **E. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS**

Como se ha indicado a lo largo de este documento, usted no necesita presentar reclamaciones directamente ante LIBERTY. Sus servicios dentales generales se programan con el dentista de atención primaria participante, quien a su vez presenta los reclamos o encuentros 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. ASISTENCIA DE IDIOMAS**

Los servicios de interpretación y traducción pueden estar disponibles para los miembros con dominio limitado de inglés, incluida la traducción de documentos a ciertos idiomas clave sin costo alguno. Consulte el Anexo 3 para obtener más información sobre cómo obtener servicios de asistencia de idiomas.

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

Servicios para miembros de LIBERTY Dental Plan proporciona apoyo de atención al cliente gratuito de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., en días de oficina normales, para asistir a los miembros con preguntas sencillas y resolución de problemas. Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden utilizar la línea gratuita del 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) 844-3344.

#### **I. DERECHOS DEL MIEMBRO**

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad y reconocimiento de la necesidad de privacidad y confidencialidad;
- Expresar quejas y estar informado del proceso para presentar Quejas Formales;
- Tener acceso y disponibilidad de atención;
- Tener acceso a los servicios de asistencia de idiomas;
- Tener acceso a sus registros dentales;
- Participar en la toma de decisiones sobre su curso de tratamiento;
- Recibir información sobre un proveedor;
- Recibir información sobre los servicios, beneficios y el proceso de derivación a especialistas de la organización; y
- Un período de gracia de un mes durante el cual los beneficios se proporcionarán sin haber pagado la prima.

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

## **J. 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 dentista de atención primaria, 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 dentista de atención primaria en seguir el curso del tratamiento recetado;
- Hacer sus copagos al momento de recibir el servicio;
- Notifique a su dentista de atención primaria sobre sus necesidades personales del idioma;
- Notifique a LIBERTY Dental Plan sobre cambios en el estado de su familia; y
- Esté al tanto y siga las pautas de la organización al solicitar atención dental.

## **A. SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES**

Es política de LIBERTY que todas las decisiones de revisión clínicas 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 médica o 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 Dental Plan cumplan con estos diversos requisitos legales. Por estas razones, LIBERTY Dental Plan 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.

### **B. DEFINICIONES:**

**Fraude:** incluye, pero no se limita a, “hacer a sabiendas o hacer que se realice cualquier reclamo falso o fraudulento para el pago de un beneficio de atención médica.” El fraude también incluye el fraude o la tergiversación por parte de un suscriptor o afiliado con respecto a la cobertura de personas y el fraude o el engaño en el uso de los servicios o instalaciones de LIBERTY o el hecho de permitir deliberadamente dicho fraude o engaño por parte de otra persona.

**Despilfarro:** significa el gasto irreflexivo o descuidado, el consumo, la mala gestión, el uso o el derroche de recursos. El despilfarro también incluye incurrir en costos innecesarios debido a prácticas, sistemas o controles ineficientes o ineficaces. El despilfarro normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.

**Abuso:** significa el uso excesivo o inadecuado de algo, o el uso de algo de manera contraria a las reglas naturales o legales para su uso; la destrucción intencional, desviación, manipulación, mala aplicación, maltrato o mal uso de los recursos; o uso extravagante o excesivo para abusar de la posición o autoridad de uno. El “abuso” normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.

**C. POLÍTICA:**

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

**D. REPORTE DE POSIBLES FRAUDES**

LIBERTY ha establecido una línea telefónica directa exclusiva para reportar fraudes: (888) 704-9833. 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 Dental Plan 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) 844-3344



**Anexo 1:**

**LISTA DE BENEFICIOS  
SERVICIOS CUBIERTOS**

**Inserte la Lista de Beneficios de Family Dental HMO**

## Anexo 2:

### PRIMA, CUOTAS DE PREPAGO Y CARGOS

Región y condado	Hijo Cubierto (1)*	Adulto Por Miembro Por Mes (PMPM)*
<b>Región 1</b> – Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Del Norte, Glenn, Humboldt, Lake, Lassen, Mendocino, Modoc, Nevada, Plumas, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne, Yuba	\$38.52	\$47.18
<b>Región 2</b> – Marin, Napa, Solano, Sonoma	\$22.24	\$21.86
<b>Región 3</b> – El Dorado, Placer, Sacramento, Yolo	\$14.52	\$8.45
<b>Región 4</b> – San Francisco	\$14.52	\$8.45
<b>Región 5</b> – Contra Costa	\$22.24	\$21.86
<b>Región 6</b> – Alameda	\$14.52	\$8.45
<b>Región 7</b> – Santa Clara	\$14.52	\$8.45
<b>Región 8</b> – San Mateo	\$22.24	\$21.86
<b>Región 9</b> – Monterey, San Benito, Santa Cruz	\$22.24	\$21.86
<b>Región 10</b> – Mariposa, Merced, San Joaquin, Stanislaus, Tulare	\$24.37	\$24.84
<b>Región 11</b> – Fresno, Kings, Madera	\$22.24	\$21.86
<b>Región 12</b> – San Luis Obispo, Santa Barbara, Ventura	\$24.43	\$25.63
<b>Región 13</b> – Imperial, Inyo, Mono	\$37.90	\$44.87
<b>Región 14</b> – Kern	\$12.49	\$7.66
<b>Región 15</b> – Códigos postales de Los Ángeles: 906-912, 915, 917, 918, 935	\$12.49	\$7.66
<b>Región 16</b> – Todos los otros Códigos postales de Los Ángeles	\$12.49	\$7.66
<b>Región 17</b> – Riverside, San Bernardino	\$12.49	\$7.66
<b>Región 18</b> – Orange	\$12.49	\$7.66
<b>Región 19</b> – San Diego	\$12.49	\$7.66

**\*Aviso: Las tarifas se calculan por cada hijo hasta un máximo de tres (3) hijos dependientes. La tarifa de adulto se multiplica por el número de adultos inscritos.**

**Anexo 3:**  
**Inserte AVISO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE IDIOMAS**





**Discrimination is against the law.** LIBERTY Dental Plan (“LIBERTY”) follows State and Federal civil rights laws. LIBERTY does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

LIBERTY provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - ✓ Qualified sign language interpreters
  - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - ✓ Qualified interpreters
  - ✓ Information written in other languages

If you need these services, please contact us between 8 a.m. to 5 p.m (PST) by calling (888) 844-3344. Or, if you cannot hear or speak well, please call (800) 735-2929

### **HOW TO FILE A GRIEVANCE**

If you believe that LIBERTY has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with LIBERTY’s Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact LIBERTY’s Civil Rights Coordinator, Monday through Friday, 8 a.m to 5 p.m (PST) by calling 888-704-9833. Or if you cannot hear or speak well, please call (800) 735-2929.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
  - P.O. Box 26110
  - Santa Ana, CA 92799
- **In person:** Visit your doctor’s office or LIBERTY Dental Plan and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit LIBERTY Dental Plan website at <https://www.libertydentalplan.com>.



## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Electronically:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

LIBERTY's HIPAA Privacy Notice provides you with information about your rights and our legal duties and privacy practices with respect to Protected Health Information (PHI), including how we use and disclose your PHI. You can always request a written copy of our most current privacy notice from LIBERTY's Privacy Officer by calling 888.704.9833, or online at: [www.libertydentalplan.com/HIPAA-Privacy-Notice](http://www.libertydentalplan.com/HIPAA-Privacy-Notice).

**Notice of Language Assistance**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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