



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

Esta EOC contiene información para los afiliados cubiertos por planes “Small Business Exchange” para grupos pequeños de COVERED CALIFORNIA incluyendo “LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO” planes y anuncios.

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

ANUNCIOS

Disponibilidad de asistencia de idiomas: Los 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 I** de este documento contiene una Tabla de Beneficios como referencia general y para la comparación de sus beneficios bajo este plan, seguido por un resumen de su plan de beneficios dentales.

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

I. INFORMACIÓN GENERAL – RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

ESTA TABLA DE BENEFICIOS HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. DEBE CONSULTAR EL

DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN, ASÍ COMO EL CONTRATO DEL PLAN, PARA UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO			
Plan de copagos			
Los montos de Costo Compartido del Miembro describen los costos de bolsillo del afiliado.			
Tipos de beneficios		Plan dental EHB pediátrico	Plan dental para adultos
Edad		Hasta los 19 años:	De 19 años o más
Valor actuarial		85,70%	No calculado
Tipo de red		Dentro de la red	Dentro de la red
Deducible individual		Ninguno	Ninguno
Deducible familiar (Dos o más hijos)		No es aplicable	No es aplicable
Máximo gasto de bolsillo individual		\$350	No es aplicable
Máximo gasto de bolsillo familiar (Dos o más hijos)		\$700	No es aplicable
Copago para el consultorio		\$0	\$0
Período de espera		Ninguno	Ninguno
Límite anual de beneficios (la cantidad máxima que pagará el plan dental en el año de beneficios)		Ninguno	Ninguno
Categoría del procedimiento	Tipo de servicios	Costos compartidos para el miembro	Costos compartidos para el miembro
Diagnóstico y servicios preventivos	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
Servicios básicos	Procedimientos de restauración	\$25-\$70	\$25-\$70
	Mantenimiento periodontal	\$30	\$30
Servicios principales	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
Ortodoncia	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 Tabla 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). Aquí se explica lo que LIBERTY cubre y no cubre. También lea la Tabla de Beneficios, que enumera los copagos y otras cuotas. Su plan de LIBERTY Dental es un plan dental de grupo. Los planes de grupo se proporcionan a través de un grupo, como un empleador. Su grupo o empleador está comprando este beneficio dental para usted. Para ser elegible a esta cobertura, usted debe estar empleado o afiliado con el grupo o empleador que compra los beneficios dentales de LIBERTY.

B. CÓMO CONTACTAR A LIBERTY

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para ayudarlo. Llámenos si tiene alguna pregunta o problema:

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110
Servicios para Miembros (número gratuito): (888) 844-3344
Sitio web: 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 donde LIBERTY ofrece cobertura dental. Usted debe vivir o trabajar en la región del 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 no puede acceder a un dentista contratado en un período de tiempo o ubicación razonables para la atención dental necesaria, puede comunicarse con Servicios para Miembros con el fin de obtener ayuda para encontrar otro proveedor, o para hacer arreglos especiales y acceder a la atención de un proveedor no participante. En ese caso, usted es económicamente responsable solo por los copagos indicados para los servicios cubiertos. También sería financieramente responsable de la tarifa habitual del proveedor por los servicios no cubiertos y electivos o por servicios que no se consideren dentalmente necesarios después de la revisión de LIBERTY.

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 un dentista de atención primaria a quien se le asignará, a menos que se indique de otra manera a continuación. La primera página de su Tabla de Beneficios indica si debe elegir y ser asignado a un dentista de atención primaria. Normalmente, su dentista de atención primaria es un dentista general que proporciona atención básica y coordina la atención que necesita de otros proveedores de especialidades dentales.

Para Covered California: A los miembros que residen en las regiones 1, 2, 5, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 de Covered California no se les requiere elegir un dentista de atención primaria. **Para productos DHMO que no requieren asignación por parte del consultorio:** Algunos planes de LIBERTY no requieren que elija y sea asignado a un Dentista de Atención Primaria. En esos planes, es posible acceder a los servicios de cualquier dentista de atención primaria contratado dentro de la red. Consulte la primera página de su Tabla de Beneficios para determinar si su plan requiere que elija y sea asignado a un Dentista de Atención Primaria.

F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN (consulte la página 23)

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 del 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 20).
- 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 Tabla de Beneficios. Su Tabla completa de Beneficios se proporciona con este documento al inicio del contrato, y también está disponible por separado cuando la solicite a Servicios para Miembros o a través del sitio web de LIBERTY. Cuando se requiera, la Tabla de Beneficios puede adjuntarse 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 9)

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 LA PÁGINA 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 10)

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

M. COSTOS (consulte la sección “ CUOTAS Y CARGOS - LO QUE USTED PAGA ” EN LA PÁGINA 12)

- La prima es lo que usted o el grupo de su empleador pagan a LIBERTY para mantener la cobertura.
- Un Copago es la cantidad que usted debe pagar al Proveedor por un procedimiento cubierto específico.
- **Para Covered California:** El máximo gasto de bolsillo anual es el monto máximo de dinero que un afiliado pediátrico cubierto pagará en copagos para todos los gastos permitidos, incluido los copagos de ortodoncia, en cualquier año del plan. El máximo gasto de bolsillo por un solo afiliado pediátrico será de \$350. Una familia con dos (2) o más afiliados pediátricos tendrá un máximo gasto de bolsillo combinado de \$700. Una vez que el monto pagado por todos los afiliados pediátricos alcance el máximo

gasto de bolsillo que se muestra en la Tabla de Beneficios, no se requerirá ningún pago adicional por ninguno de los afiliados pediátricos durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos. Los beneficios para adultos no están sujetos al máximo gasto de bolsillo.

- Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el máximo gasto de bolsillo.
- El máximo gasto de bolsillo se aplica a los beneficios para niños hasta los 19 años de edad únicamente.
- Para verificar su máximo gasto de bolsillo, puede visitar el sitio web de LIBERTY en www.LIBERTYdentalplan.com o llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al 888-844-3344 (número gratuito). Después.

N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN (consulte la página 19)

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: Ver 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.

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

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.

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

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

Cargos habituales: Cargo habitual 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.

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

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

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: 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. 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: Se refiere a los miembros que son beneficiarios de este Plan Dental.

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 a 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 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. 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.

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

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

Para Covered California: En las regiones donde se requiere la asignación, todos los miembros del Plan de Beneficio Dental Pediátrico Esencial 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^{er}) día del mes siguiente si LIBERTY Dental Plan recibe dicha solicitud antes del vigésimo (20.^o) día del mes actual. Su solicitud para cambiar de dentista no será procesada si tiene un saldo pendiente con su dentista actual.

3. Atención de un especialista dental: Puede obtener atención de un especialista dental solo después de que su 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.

Cualquiera de los servicios de especialidad que se consideren necesarios y hayan sido pre-aprobados por LIBERTY como servicios médicos necesarios son prescritos para el tratamiento por el Especialista que ha propuesto el tratamiento. Los planes de tratamiento no son transferibles a otro Especialista a menos que el Especialista posterior esté de acuerdo con el tratamiento propuesto por el Especialista anterior.

Si no puede acceder a los servicios Especializados dentro de la red en un período de tiempo o ubicación razonables (según lo determinado por el requisito de acceso publicado), puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar otro Especialista dentro de la red, o para hacer los arreglos necesarios para acceder a la atención de un Especialista fuera de la red. Todos los cuidados especiales deben ser pre-aprobados para determinar la cobertura, la necesidad médica y/o adecuación a las condiciones presentes. En tales casos, usted sería económicamente responsable solo del copago indicado por los servicios cubiertos. También sería económicamente responsable de la tarifa habitual del proveedor por los servicios no cubiertos y electivos o por servicios que no se consideren necesarios por razones médicas después de la revisión de LIBERTY.

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 los servicios, los 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 de inglés, incluida la traducción de documentos a ciertos idiomas clave sin costo alguno. Para solicitar servicios 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 PRE-PAGO

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

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

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

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

B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS

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

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

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

C. OTROS CARGOS

Usted es responsable 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 pérdidas, 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

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

A. QUIÉN TIENE DERECHO A LOS BENEFICIOS

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

B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE

Para planes de beneficio dental pediátrico esencial: Usted debe vivir o trabajar en el Área de Servicio. 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 a continuación:

- El dependiente es incapaz de tener un empleo autosustentable debido a una lesión, enfermedad o afección física o mental incapacitante; Y
- El dependiente depende principalmente del suscriptor para apoyo y cuidado.

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

- Su cónyuge.
- Su Pareja Doméstica. Una pareja doméstica es cualquier persona cuya unión doméstica está actualmente registrada con un organismo gubernamental de conformidad con las leyes estatales o locales. Esto incluye tanto a parejas del mismo sexo como a parejas de sexos opuestos.
- Sus hijos dependientes (incluyendo hijos adoptados) 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 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 hijos recién nacidos.

VI. SERVICIOS CUBIERTOS

Usted está cubierto para los servicios y procedimientos dentales que se indican a continuación cuando sean necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente, y sujetos a las Limitaciones y Exclusiones que se describen para cada categoría y para todos los servicios. Consulte la Tabla 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.

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 Tabla 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 procedimientos que no se enumeran ni se incluyen en la Tabla de Beneficios.
- 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 Tabla 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 desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al teléfono (888) 844-3344 o hablar con su administrador de beneficios. 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

1. Terminación por pérdida de elegibilidad

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

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

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

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

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

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

3. Finalización del tratamiento en curso después de la terminación

Si usted termina su cobertura del Plan mientras el contrato entre usted y LIBERTY Dental Plan está vigente, su 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

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

5. Terminación debido al estado de salud

LIBERTY no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha finalizado, cancelado de forma indebida, rescindido o no renovado a causa de su condición de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión por parte del Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Si el Director determina que existe una queja que se ajusta a las disposiciones de esta sección, el Director notificará al plan. Dentro de los 15 días de la fecha en que recibimos tal notificación, el plan solicitará una audiencia o reincorporará al afiliado o suscriptor. La reincorporación será retroactiva al tiempo de la cancelación o la no renovación, y el plan será responsable de los gastos incurridos por el afiliado o suscriptor por los servicios de atención médica cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de la reincorporación. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada 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 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. Un suscriptor que alega que una inscripción ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente, puede solicitar una revisión por parte del Director del DMHC. Tras la notificación de finalización del proceso de apelación, la terminación entrará en vigencia inmediatamente al momento de dicha notificación de LIBERTY Dental Plan. Excepto por lo dispuesto por ley, LIBERTY no puede rescindir su cobertura después de 24 meses a partir de la emisión del contrato de cobertura.

IX. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA

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

II. CONTINUACIÓN INDIVIDUAL DE COBERTURA DENTAL (COBRA, CAL-COBRA, COBERTURA DE CONVERSIÓN E HIPAA)

a. COBRA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Perderá la cobertura de COBRA si:

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

b. Cal-COBRA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Perderá la cobertura de Cal-COBRA si:

- No paga sus primas a tiempo.
- Se muda fuera del área de servicio de LIBERTY.
- Su anterior empleador ya no ofrece ningún plan de salud.

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

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, 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 número gratuito: (888) 844-3344, o
- A través de nuestro proceso de presentación de quejas formales en línea en nuestro sitio web 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, debe primero llamar a su Plan de Salud al **1-888-844-3344** y utilizar el proceso de queja formal de su Plan de Salud 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 el fin 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. Sin embargo, si tiene cobertura en virtud de un plan o de una póliza de cualquier plan de salud calificado que brinde el beneficio de salud dental pediátrico esencial, su cobertura bajo este plan es un beneficio dental secundario. En ese caso, este Plan pagará el monto menor que hubiera pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales, o el costo total de bolsillo que se pagará conforme a su plan de beneficios dentales primarios para los beneficios cubiertos bajo este plan. Si no tiene cobertura en virtud de un plan o de una póliza de un Plan de Salud Calificado que brinde el Beneficio de Salud Dental Pediátrico Esencial, su cobertura bajo este Plan se considerará como su cobertura dental primaria y usted tiene el derecho de recibir los beneficios como se indica en esta Evidencia de Cobertura (EOC), más allá de cualquier otra cobertura adicional que pueda tener.

B. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

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

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

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 comuníquese con el Departamento de Control de Calidad al correo electrónico 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**
- **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 del 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 de Servicio de Retransmisión de California llamado a los números 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.

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;
- Asegúrese de avisarle a su dentista de atención primaria sobre sus necesidades personales del idioma;
- Informar a LIBERTY Dental Plan sobre cambios en el estado de su familia; y
- Estar al tanto y seguir las pautas de la organización al solicitar atención dental.

K. SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES

Es política de LIBERTY que todas las decisiones de revisión clínica realizadas por el personal o los contratistas se basen únicamente en la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura. LIBERTY no recompensa ni incentiva a los revisores a emitir denegaciones de cobertura o atención, ni proporciona incentivos que fomenten 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
- 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

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:

**TABLA DE BENEFICIOS
SERVICIOS CUBIERTOS**

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

Anexo 2:

**PRIMA, CUOTAS DE PREPAGO
Y CARGOS**

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

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



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.

- **Electronically:** Send an email to 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.

Notice of Language Assistance

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

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

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

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

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

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 ekriti 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)