

FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES PARA MIEMBROS – CALIFORNIA

Utilice este formulario para presentar una queja formal o apelación ante LIBERTY Dental Plan (LIBERTY). También puede utilizarlo para darle más información a LIBERTY, a fin de ayudarlo a revisar su caso. Si presenta una **apelación por teléfono**, también puede completar este formulario y enviarlo por correo a LIBERTY. Esto es opcional. Revisaremos su caso sin una apelación por escrito.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (LETRA IMPRENTA)			
Apellido del miembro	Nombre del miembro	Fecha de hoy	
Dirección del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del miembro	Número de identificación del miembro (ver tarjeta de identificación)		
Empleador o grupo	Nombre del paciente	Relación	

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO, SI APLICA (LETRA IMPRENTA)		
Autorizo a LIBERTY Dental Plan para permitir que la siguiente persona actúe en mi nombre durante el proceso de queja formal/apelación		
Apellido del representante	Nombre del representante	Número de teléfono del representante
Firma del representante	Firma del miembro	

INFORMACIÓN DEL CONSULTORIO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN DENTAL (LETRA IMPRENTA)			
Autorizo a LIBERTY Dental Plan a solicitar mi información, incluido los historiales médicos y radiografías, si corresponde, al siguiente consultorio:			
Número del consultorio	Nombre del consultorio dental	Fecha de la última consulta	
Dirección del consultorio dental	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del consultorio dental	Nombre del personal del consultorio dental involucrado (si se conoce)		

Las apelaciones de Medicaid deben presentarse dentro de los 60 días a partir de la fecha de su carta de rechazo.

Las quejas formales de Medicaid se pueden presentar en cualquier momento.

Las apelaciones y quejas formales de Medicare deben presentarse dentro de los 90 días a partir de la fecha de su carta de rechazo o del evento que causa su insatisfacción.

Las apelaciones y quejas formales individuales/comerciales deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de su carta de rechazo o del evento que causa su insatisfacción.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **888-703-6999**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si tiene dificultades con la audición o el habla, llame al **877-855-8039**. Podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno, si lo necesita. Usted o alguien a quien autorice tiene derecho a revisar el archivo de su caso en cualquier momento. Le proporcionaremos copias sin costo alguno.

RESUMEN DE LA QUEJA FORMAL O APELACIÓN

Comparta cualquier información que tenga sobre su queja formal o apelación. Proporcionémos todos los detalles que pueda, si es posible, también las fechas, los nombres y cualquier tratamiento. Si es necesario puede adjuntar una página adicional.

Comparta con nosotros cómo le gustaría que se resuelva su queja formal o apelación.

Firma del miembro

Fecha

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO A:

Enviar por correo a:
LIBERTY Dental Plan of California
Grievances and Appeals Department
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92602-26110

- Por fax al Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY al **949-270-0109**
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al: **866-703-6999**, o TTY: **(877) 855-8039**
- Electrónicamente usando el proceso de presentación de quejas formales en línea a través de nuestro sitio web www.libertydentalplan.com
- Envíenos un correo electrónico a: GandA@libertydentalplan.com

Recibirá una carta para confirmar que hemos recibido su queja formal o apelación dentro de los siguientes 5 días calendario después de que LIBERTY la reciba.
Recibirá una resolución por escrito de su queja formal o apelación dentro de los siguientes 30 días calendario después de que LIBERTY la reciba.