



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

Esta EOC contiene información para los afiliados cubiertos por COVERED CALIFORNIA Plan Individual de Beneficios Dentales Pediátricos (EPDB), que incluye el plan "LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO".

Los Afiliados con dominio limitado del inglés podrán tener acceso a servicios de interpretación y traducción, incluida la traducción de documentos en algunos de los idiomas más hablados en California. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 888-844-3344.

Spanish (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. 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 NUESTRAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE SI LA SOLICITA.

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

TABLA DE BENEFICIOS

LA SIGUIENTE TABLA HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLAMENTE UN RESUMEN. DEBE CONSULTAR LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN COMBINADOS, ADEMÁS DEL CONTRATO DEL PLAN, PARA VER 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	Pan dental para adultos
Edad		Hasta los 19 años:	De 19 años o más
Valor actuarial		85.10%	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
Gastos de bolsillo individuales máximos		\$350	No es aplicable
Gastos de bolsillo familiares máximos (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 de Procedimiento	Tipo de servicios	Costos compartidos para el miembro	Costos compartidos para el miembro
Diagnóstico Y 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
Orthodontia	Ortodoncia médicamente necesaria	\$350	Sin cobertura

Cada procedimiento individual dentro de cada una de las categorías indicadas anteriormente que está cubierto bajo el Programa tiene un Copago específico, que se muestra en la Lista de Beneficios y en la Evidencia de Cobertura Combinada.

VISIÓN GENERAL DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

A. CÓMO USAR SU LIBERTY DENTAL PLAN

Este manual es su Evidencia de Cobertura (EOC). En él se explica lo que LIBERTY cubre y no cubre. También lea el Programa de Beneficios (en la página 20), que enumera los copagos y otras tarifas. Su plan de LIBERTY Dental es un plan dental individual. Para tener derecho a esta cobertura, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad como se indica en este documento.

B. CÓMO CONTACTAR A LIBERTY

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición. 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 en que LIBERTY ofrece cobertura dental. Usted debe vivir o trabajar en el Área de Servicio. Debe recibir todos los servicios dentales dentro del área de servicio, a menos que necesite Atención de Emergencia o Atención de Urgencia. Si se muda del Área de Servicio, debe informar a LIBERTY.

D. RED DE LIBERTY

Nuestra red incluye a todos los Dentistas Generales y Especialistas dentales que LIBERTY ha contratado para proporcionar servicios a nuestros Miembros. Usted debe obtener sus servicios dentales de su Proveedor de Atención Primaria y otros proveedores que se encuentran en la red. Llame al 888-844-3344 para pedir un Directorio de Proveedores de LIBERTY o use el sitio web.

Si acude a Proveedores fuera de la red, tendrá que pagar todo el costo, a menos que haya recibido la Aprobación Previa de LIBERTY o haya tenido una emergencia o si necesitaba de Atención de Urgencia fuera de casa. Si usted es un nuevo miembro de LIBERTY, o si LIBERTY termina el contrato con su Proveedor, puede continuar viendo a su dentista actual en algunos casos. A esto se le llama *continuidad de la atención (consulte la página 9)*.

E. SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (CONSULTE LA PÁGINA 7)

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

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

F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN (consulte la página 17)

Si el inglés no es su lengua materna, LIBERTY ofrece servicios de interpretación y traducción de ciertos materiales escritos en su idioma de preferencia. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 888-844-3344. Si tiene un idioma de preferencia, infórmenos de sus necesidades personales de idioma llamando al 888-844-3344.

G. CÓMO OBTENER ATENCIÓN DENTAL CUANDO LA NECESITE

Llame primero a su Proveedor de Atención Primaria para 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 Proveedor de Atención Primaria. Consulte la siguiente sección.

- La atención debe ser necesaria para su salud desde el punto de vista médico. Su dentista y LIBERTY siguen pautas y políticas para decidir si la atención es necesaria desde el punto de vista médico. Si no está de acuerdo con LIBERTY acerca de si un servicio que desea es médicamente necesario, puede presentar una Queja Formal o, en algunos casos, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (consulte la página 16).
- La atención debe ser un servicio cubierto por LIBERTY. A los servicios dentales cubiertos también se les llama "beneficios". Para ver qué servicios cubre LIBERTY, consulte la Lista de Beneficios en el Apéndice I.

H. ACCESO OPORTUNO A ATENCIÓN

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

- Las citas urgentes deben programarse dentro de las 72 horas. Discuta sus necesidades individuales con su proveedor de atención primaria para determinar qué tan pronto puede ser atendido (ver páginas 7 y 8).
- Las citas no urgentes deben ofrecerse dentro de los 36 días hábiles.
- Las citas de cuidado dental preventivo 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 con el idioma en todos los puntos de contacto, incluso en su cita dental. Si su Proveedor 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 en su cita sin costo para usted. LIBERTY pone estos servicios a su disposición, incluso si lo acompaña en su cita un familiar o amigo que puede ayudar con la interpretación. 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 7)

Debe obtener una derivación de su Proveedor de Atención Primaria y la pre-aprobación de LIBERTY para recibir servicios que serán proporcionados por un Especialista o para recibir una segunda opinión o para ver a un dentista que no pertenezca a la red de LIBERTY. A la pre-aprobación también se le llama Autorización Previa.

- Asegúrese de que su Proveedor de Atención Primaria le proporcione una derivación y obtenga la pre-aprobación si es necesario.
- Si no tiene una derivación y una pre-aprobación cuando se requieren, tendrá que pagar la totalidad del costo del servicio.

No necesita una derivación o pre-aprobación para ver a su Proveedor de Atención Primaria o para obtener atención de emergencia o Atención de Urgencia.

J. ATENCIÓN DE EMERGENCIA (consulte la página 8)

La Atención de Emergencia está cubierta en cualquier parte del mundo. Una afección puede considerarse una emergencia si, sin tratamiento, su salud puede estar en grave peligro, puede experimentar un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. La Atención de Emergencia puede incluir el cuidado de una lesión grave, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. La Atención de Emergencia puede incluir el cuidado de una lesión, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. Acuda a su Proveedor de Atención Primaria para la atención de seguimiento. No regrese a la sala de emergencias para recibir atención de seguimiento.

K. ATENCIÓN DE URGENCIA (consulte la página 7)

La Atención de Urgencia es la atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave. La Atención de Urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo.

L. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY (consulte la página 7)

Solo se cubre la Atención de Emergencia y la Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio de LIBERTY.

M. COSTOS (consulte la "LIST DE BENEFICIOS" en el Apéndice I y "Lo que usted paga" en la página 10)

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

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

N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE SU PLAN DENTAL DELIBERTY DENTAL PLAN (consulte la página 14)

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de Quejas Formales. Puede presentar una queja (también llamada *apelación* o *Queja Formal*) ante LIBERTY por cualquier problema 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 ayudarle 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 CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO

Los siguientes términos se usan en esta Evidencia de Cobertura:

APTC: Crédito Fiscal Adelantado para Pago de Prima: Una característica de la Ley de cuidado Asequible que proporciona un subsidio para pagar una parte de su prima dental.

Autorización: La notificación de aprobación por parte de LIBERTY que le permite proceder con el tratamiento solicitado.

Beneficios: Servicios cubiertos por LIBERTY Dental Plan.

Plan de Beneficios: El producto dental de LIBERTY que ha adquirido para tener cobertura de servicios dentales.

Año de Beneficios: El año de la cobertura de LIBERTY dental Plan.

Capitación: Los pre-pagos realizados por LIBERTY a un Dentista General Contratado para proporcionar servicios a los Miembros asignados.

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

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

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

Copago: Cualquier cantidad cobrada al Miembro al momento de recibir los Servicios Cubiertos. Las cantidades de los Copagos fijos están enumeradas en la Lista de Beneficios.

Expedientes Dentales: Se refiere a los archivos con fines de diagnóstico, radiografías dentro y fuera de la boca, archivo por escrito del tratamiento incluyendo pero no limitado a las notas, anotaciones dentales, planes de tratamiento, informes de consulta u otro material por escrito relacionado con el historial médico o dental, diagnóstico, condición, tratamiento o evaluación.

Dependiente: Cualquier Miembro de la familia del Suscriptor que está inscrito en LIBERTY Dental Plan.

Necesidad Dental o Dentalmente Necesario: Un Servicio Cubierto que cumple con las pautas del Plan de adecuación y razonabilidad en virtud de una revisión clínica de la información presentada. La Necesidad Dental de los Servicios Cubiertos puede ser evaluada antes o después de la prestación. El pago de los servicios se produce por los Servicios Cubiertos que el Plan considera Dentalmente Necesarios.

Servicio Dental Disputado: Cualquier servicio que es objeto de una disputa presentada ya sea por el Miembro o el Proveedor.

Pareja Doméstica: Una persona que está en una relación comprometida para compartir la vida con el Miembro del Plan.

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 la condición dental de emergencia, y para proporcionar atención que sería reconocida conforme a los estándares de atención reconocidos profesionalmente para aliviar los síntomas de emergencia en un consultorio dental. Una afección puede considerarse una emergencia si, sin tratamiento, su salud puede estar en grave peligro, puede experimentar un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Las emergencias médicas no están cubiertas por LIBERTY Dental Plan si los servicios se

proporcionan en un hospital cubierto por un plan médico, o si LIBERTY Dental Plan determina que los servicios no eran de naturaleza dental.

Afiliado: Ver la definición de "Miembro".

EPDB o Beneficio Dental Pediátrico Esencial: Se refiere a los planes requeridos por la Ley de Atención Asequible para proporcionar beneficios dentales pediátricos esenciales a los niños.

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

Dentista General: Un dentista certificado que ofrece servicios dentales generales y que no se identifica como un Especialista.

Queja Formal: Cualquier expresión de insatisfacción, también conocida solo como queja. Consulte la sección de Quejas Formales de la EOC para ver las reglas, regulaciones y procesos pertinentes.

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

Plan Individual: Un plan de Beneficios dentales que brinda cobertura de una persona individual. Un cónyuge o Dependiente cubierto también se pueden incluir en el mismo Plan Individual del Suscriptor.

Beneficios Dentro de la Red: Los Beneficios disponibles para usted cuando recibe servicios de un Proveedor Contratado.

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

Proveedor No Participante: Un dentista que no tiene contrato para proporcionar servicios para LIBERTY.

Período de Inscripción Abierta: Un período de tiempo en el que puede iniciar o cambiar la inscripción en un plan dental.

Cobertura fuera del área: Beneficios que se proporcionan cuando está fuera del Área de Servicio del Plan, o lejos de su Proveedor de Atención Primaria.

Atención de Urgencia fuera del área: Servicios de urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del Área de Servicio o lejos de su Proveedor de Atención Primaria.

Grupo Dental Participante, Consultorio Dental, 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.

Plan: LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Autorización Previa: Un documento presentado en su nombre que solicita una determinación y aprobación previa para dar los servicios de tratamiento deseados para usted.

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

Proveedor de Atención Primaria: Un dentista afiliado con el LIBERTY para proporcionar servicios a miembros cubiertos bajo el Plan. El Dentista de Atención Primaria es responsable de proveedor o coordinar los servicios dentales necesarios.

Servicios Profesionales: Servicios dentales o procedimientos proporcionados por un dentista certificado o asistentes aprobados.

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

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

Suscriptor: Miembro, Afiliado o "usted" tienen el mismo significado en este documento.

Recargo: Una cantidad que se cobra, además de un copago indicado, por un servicio o función solicitados.

Proveedor Terminado: Un dentista que le prestaba servicios bajo contrato que ya no está asociado con el Plan.

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

Atención de Urgencia: Consulte "Atención de Emergencia".

Cargos Usuales: Cargo usual de un dentista por un servicio.

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

III. ACCESO A SERVICIOS - CONSULTAS CON UN DENTISTA

LIBERTY Dental Plan tiene contratos con Dentistas Generales y Especialistas para proporcionar servicios cubiertos por su Plan. Contáctenos llamando a la línea gratuita **(888) 844-3344**, o por medio de nuestro sitio web, www.LIBERTYdentalplan.com, para encontrar un dentista en su área. Todos los servicios y Beneficios descritos en esta publicación están cubiertos solo si los proporciona un Proveedor 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, descrito en este documento como "Atención Dental de Emergencia" o "Atención de Urgencia".

A. INSTALACIONES

LIBERTY pone a su disposición Proveedores de Atención Primaria (Dentistas Generales) y Especialistas en todo el estado de California dentro de una distancia razonable de su hogar o lugar de trabajo. Contacte a LIBERTY llamando a la línea gratuita **888-844-3344**, o por medio del sitio web www.LIBERTYdentalplan.com, para encontrar un dentista en su área.

Nuestra meta es proporcionarle beneficios dentales apropiados, dados por profesionales dentales altamente calificados en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de LIBERTY Dental Plan que trabajan en sus propias oficinas han sido sometidos a un procedimiento estricto de revisión, investigación y evaluaciones de consultorio. Además, cada dentista participante debe adherirse a las pautas estrictas del contrato. Todos los dentistas pasan por un proceso de selección y revisión 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. Su Dentista de Atención Primaria le dará toda la atención dental necesaria, incluso lo derivará a un Especialista si es necesario. Todos los Afiliados deben tener un consultorio dental de atención primaria dentro en un radio de treinta (30) minutos o quince (15) millas de su residencia o lugar de trabajo.

B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL

Para obtener más información sobre cómo usar sus Beneficios dentales, visite el sitio web en 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 sanos los dientes y la boca. Además, la condición de los dientes, encías y boca puede tener un efecto profundo en su salud general total. En el sitio web, puede encontrar información sobre cómo su salud oral puede afectar su condición general de salud, como por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, embarazo y salud prenatal y perinatal, así como otras condiciones de salud.

C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER QUÉ SERVICIOS DENTALES PUEDE OBTENER.

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

A menos que se indique de otra manera en la Excepción a continuación, si no selecciona un Proveedor de Atención Primaria, LIBERTY elegirá uno por usted en el momento de su inscripción y se le notificará de esta asignación.

Todos los miembros del Beneficio Dental Pediátrico Esencial en el mismo plan individual deben ser asignados y recibir tratamiento del mismo proveedor de atención primaria.

2. **Cómo cambiar de Dentista de Atención Primaria:** Puede comunicarse con LIBERTY en cualquier momento para cambiar su Proveedor 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 estará en efecto el primer (1^{er}) día después del mes en que LIBERTY Dental Plan recibió la solicitud para hacer el cambio si se recibe antes del día veinte (20) del mes actual. Su solicitud para cambiar de dentista no será procesada si tiene un saldo pendiente con su dentista actual.

3. **Excepción:** Quienes se inscriban en los CONDADOS DE EXCEPCIÓN (en la página 2) no seleccionan un dentista de atención primaria en el momento de la inscripción. Para obtener acceso en estos condados, simplemente comuníquese con el proveedor de LIBERTY Dental Plan que está contratado para proporcionar los servicios bajo el plan seleccionado y haga una cita. El Dentista de Atención Primaria se comunicará con LIBERTY Dental Plan para verificar su elegibilidad. Puede obtener información sobre los proveedores en estos condados por teléfono o en nuestro sitio web. En estos condados, no está asignado a este Proveedor y puede cambiar a otro Proveedor de Dentista de Atención Primaria contratado en cualquier momento.

4. **Atención de un Especialista:** Puede obtener atención de un Especialista dental solo después de que su Proveedor 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 este libro están cubiertos sólo si son proporcionados por un Dentista de Atención Primaria o Especialista que participa en LIBERTY Dental Plan. La única vez que puede recibir atención fuera de la red es para Servicios Dentales de Emergencia tales como descritos en "Atención Dental de Emergencia".

D. ATENCIÓN DE URGENCIA:

La Atención de Urgencia es la atención que necesita dentro de las siguientes 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud dental causado por una enfermedad o lesión inesperada cuyo tratamiento no puede demorar. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales de urgencia solo si éstos 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 Proveedor de Atención Primaria para sus necesidades de urgencia durante el horario de oficina o fuera de éste. 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 Atención 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 de un dentista no contratado.

E. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA

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

En caso de que necesite Atención Dental de Emergencia, comuníquese con su Dentista de Atención Primaria para programar una cita de inmediato. Para afecciones dentales urgentes o inesperadas que ocurren después del horario de oficina en los fines de semana, comuníquese con su Dentista de Atención Primaria para que le dé instrucciones sobre qué hacer.

Si su Dentista de Atención Primaria no está disponible, o si usted está fuera del área de servicio y no puede comunicarse con LIBERTY para que lo deriven a otro consultorio dental contratado, póngase en contacto con cualquier dentista certificado 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 dentista no contratado.

Servicio Dental de Emergencia (cubierto por LIBERTY Dental Plan), como lo define el Código de Salud y Seguridad de California, incluye una revisión dental, exámenes, una evaluación por un dentista o Especialista para determinar si existe la condición dental de

emergencia y para proporcionar la atención que será 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 médico. 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 LIBERTY Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Por favor incluya una copia de la reclamación del consultorio del Proveedor o una declaración legible de los servicios/la 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.
- Declaración explicando las circunstancias de esta visita de emergencia.

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

- La razón de la denegación.
- Referencia a las disposiciones pertinentes en la Evidencia de Cobertura donde se muestra por qué negamos la reclamación.
- Aviso de su derecho de pedir una reconsideración de la negación 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 de diagnóstico de servicios cubiertos por su plan cuando sea necesario, sin costo, solo comuníquese directamente con Servicios para Miembros llamando al número gratuito (888) 844-3344 o por correo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Su Proveedor 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 los rayos-x correspondientes. Todas las solicitudes de una segunda opinión dental son procesadas por LIBERTY Dental Plan dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber recibido la solicitud, o dentro de las 72 horas siguientes para los casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, lo 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. 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 Autorización Previa del beneficio. Su Dentista de Atención Primaria es responsable de obtener 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 se niega su Autorización Previa de derivación a un especialista, o no está satisfecho con la Autorización Previa, tiene el derecho de presentar una Queja Formal. Consulte la sección de la EOC "PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES", más adelante.

Si su Dentista de Atención Primaria tiene dificultad para localizar a un Especialista en su área, comuníquese con Servicios para Miembros de LIBERTY para recibir ayuda y localizar a un Especialista.

H. AUTORIZACIÓN, MODIFICACIÓN O NEGACIÓN DE SERVICIOS

No es necesario obtener Autorización Previa para obtener servicios dentales generales 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 exámenes extensos orales que están cubiertas por su plan. Su Dentista de Atención Primaria es responsable de comunicarle los resultados de su evaluación oral extensa y de avisarle de los Beneficios disponibles y los costos asociados.

La derivación a un Especialista es la responsabilidad de su Proveedor de Atención Primaria contratado asignado (consulte arriba la sección "Derivación a un Especialista").

Los servicios especializados propuestos por cualquier Especialista a quien ha sido derivado deben tener Autorización Previa antes de brindar la atención, a excepción de los Servicios Dentales de Emergencia (Atención Dental de Emergencia y Servicios de Urgencia descritos anteriormente).

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

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

Cualquier negación, 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. Tales determinaciones incluirán el nombre y número de teléfono del profesional de salud responsable de la determinación y la información sobre cómo usted puede presentar una Queja Formal.

Las determinaciones para negar, 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 encuentran una condición urgente donde exista una amenaza inminente y grave para su salud, lo 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 recibimos tal información, según la naturaleza de la condición de urgencia o de emergencia.

La decisión de aprobar, modificar o de negar será comunicada al Dentista de Atención Primaria dentro de veinticuatro (24) horas de la decisión. En caso de que la revisión sea retrospectiva (servicios que ya se proporcionaron), la decisión será comunicada al Afiliado dentro de treinta (30) días a partir de la recepción de la información.

I. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Miembros actuales: Un Miembro nuevo puede tener el derecho de recibir el beneficio de completar su atención con el Proveedor Terminado para ciertas condiciones dentales agudas o crónicas graves. Por favor, 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 cancelado. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible conforme a nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con el proveedor cancelado sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California.

Miembros nuevos: Un Miembro nuevo puede tener el derecho de recibir el beneficio de continuidad de la atención de su Proveedor No Participante para ciertas condiciones dentales agudas o crónicas graves. Por favor, 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. Usted debe presentar una solicitud específica si desea continuar bajo el cuidado de su Proveedor actual. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible conforme a nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con su Proveedor sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California. Esta política no se aplica a Miembros nuevos con un contrato individual.

J. ASISTENCIA DE IDIOMAS

Los Afiliados con dominio limitado del inglés podrán tener acceso a servicios de interpretación y traducción, incluida la traducción de documentos en algunos de los idiomas más hablados en California. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 888-844-3344.

IV. CUOTAS Y CARGOS - LO QUE USTED PAGA

A. PRIMAS Y CUOTAS DE PREPAGO

Covered California: Si compró su Plan individual de Covered California, usted realiza el primer pago directamente a ellos y todos los pagos restantes a LIBERTY a la dirección indicada en el Apéndice 2.

Las Primas se deben pagar a LIBERTY Dental Plan antes del mes de cobertura.

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

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

B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS

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

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

En la renovación, LIBERTY puede cambiar la Prima y puede proporcionar un aviso con 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en la Prima.

C. OTROS CARGOS

Usted es responsable solamente 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. Hable de los cargos por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su Proveedor. Para evitar malentendidos financieros, quizás desee obtener una divulgación escrita de 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 tarifa habitual del proveedor por dichos servicios.

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

D. RESPONSABILIDAD DE PAGOS

Usted es responsable de las Primas y Copagos listados para cualquiera de los servicios cubiertos sujetos a las Limitaciones y Exclusiones de su plan.

Usted es responsable de pagar el honorario 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 para el tratamiento.
- Servicios recibidos fuera del área y 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, entre otros.

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" arriba).

IMPORTANTE: Antes de que le den servicios no cubiertos, su Dentista Contratado debe darle un plan de tratamiento que incluye 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 Contratado por el costo de los servicios que recibió.

IMPORTANTE: Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos conforme a este plan, un proveedor dental participante puede cobrar su tarifa usual por dichos servicios. Antes de dar a un paciente servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el dentista debe proporcionar al paciente un plan de tratamiento que incluye cada servicio anticipado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si le gustaría obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar a servicios para miembros al teléfono (888) 844-3344 o a su agente de seguros. Para comprender completamente su cobertura, lea atentamente este documento de evidencia de cobertura.

E. REEMBOLSO DE PROVEEDORES

LIBERTY paga por los Servicios Cubiertos a los Dentistas Contratados a través de una variedad de arreglos incluyendo Capitación, pago por servicio y subpagos suplementarios, además de la Capitación. El reembolso varía según el área geográfica, el dentista general, el

especialista y el código del procedimiento. Para obtener más información sobre los reembolsos, puede enviar una solicitud por escrito a LIBERTY a la dirección indicada anteriormente.

V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Para los miembros de Covered California, Covered California determina los procesos de elegibilidad e inscripción.

A. QUIÉN TIENE DERECHO A LOS BENEFICIOS

Si LIBERTY Dental Plan recibe el pago y su formulario de inscripción completado a más tardar el día 20 del mes, es elegible para recibir atención el primer día del mes siguiente. Puede llamar a su dentista seleccionado en cualquier momento después de la fecha en que entra en vigencia su cobertura Asegúrese de identificarse como miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame al dentista para hacer su cita. También le recomendamos que lleve esta Evidencia de Cobertura o el Programa de Beneficios y las Limitaciones y Exclusiones aplicables del Apéndice 1 cuando vaya a su cita. De esta manera, puede consultar los Beneficios y los Copagos aplicables que son los gastos de bolsillo asociados a su plan, así como cualquier tratamiento no cubierto.

B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE

Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO. 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.

- Puede inscribir a su cónyuge.
- Sus hijos dependientes (incluidos 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 la práctica reconocida profesionalmente, y según las Limitaciones y Exclusiones que se describen para cada categoría y para todos los servicios. Consulte la Lista de Beneficios (Apéndice 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 según su Plan Dental LIBERTY.

A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO

Los servicios dentales de diagnóstico son los que se usan para diagnosticar su condición dental y evaluar el tratamiento dental cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

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

B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS

Los servicios dentales preventivos se usan para mantener una buena salud dental o para evitar el deterioro de una afección dental cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

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

C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN

Los servicios dentales de restauración se usan para reparar y restaurar los dientes naturales a una condición saludable cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

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

D. SERVICIOS ENDODÓNTICOS

Los servicios dentales endodónticos son procedimientos que implican el tratamiento de la pulpa, el conducto radicular y las raíces, cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

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

E. SERVICIOS PERIODÓNTICOS

Los servicios dentales periodónticos son aquellos procedimientos que implican el tratamiento de la encía y el hueso que sostiene los dientes, así como el control de la gingivitis (inflamación de las encías) y la periodontitis (enfermedad de las encías), cuando es necesario para su salud dental, según los estándares de la práctica reconocida profesionalmente:

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

F. SERVICIOS PROSTODÓNTICOS

La prostodoncia (removible) es la especialidad que se encarga del reemplazo de las piezas dentarias perdidas con una prótesis removible y del mantenimiento de dicha prótesis. La prostodoncia (fija) es la especialidad que se encarga del reemplazo de los dientes perdidos con una prótesis fija.

Tiene cobertura para los servicios dentales prostodónticos que figuran en el Apéndice 1, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL

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

Tiene cobertura para los servicios dentales de cirugía oral que figuran en el Apéndice 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, blanqueo, protectores bucales, etc.

Tiene cobertura para los servicios dentales de complementarios que figuran en el Apéndice 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 Apéndice 1 para ver una lista de los servicios de ortodoncia cubiertos por su Plan de Beneficios, así como cualquier Limitación y Exclusión pertinente.

J. SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA

Consulte la información proporcionada anteriormente en esta Evidencia de Cobertura para ver una descripción de la cobertura de Servicios Dentales de Emergencia, incluyendo 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, incluyendo una lista de los tipos de Especialistas dentales cubiertos y cómo acceder a servicios de un Especialista.

VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES

Consulte el Apéndice 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 que necesite Atención de Urgencia y esté fuera del Área de Servicio de LIBERTY.
- La atención que no sea médicamente necesaria.
- Los exámenes que necesita solo para conseguir trabajo, asistir a la escuela, jugar un deporte u obtener una licencia o certificación profesional.
- Los servicios ordenados para usted por un tribunal, a menos que sean médicamente necesarios y estén cubiertos por LIBERTY.
- El costo de copiar sus registros médicos. (Este costo es por lo general un pequeño cargo 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 el Apéndice 1.

B. CITAS PERDIDAS

LIBERTY realmente recomienda que si necesita cancelar o reprogramar una cita con su Proveedor, notifique al Consultorio Dental con lo antes posible. Esto permitirá a LIBERTY y al Proveedor programar a otra persona que necesite atención. Los proveedores pueden cobrar una cuota por citas perdidas o canceladas sin la anticipación recomendada.

VIII. TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

A. TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

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

1. Terminación por pérdida de elegibilidad

La cobertura de su Plan de LIBERTY también puede terminar si ya no vive o trabaja en el Área de Servicio de LIBERTY o si LIBERTY deja de ofrecer su plan dental.

Este es un plan EPDB y, por lo tanto, su cobertura terminará cuando alcance la edad límite indicada en esta Evidencia de Cobertura.

2. Terminación por incumplimiento del pago de la prima

Si las primas no se pagan de acuerdo con este contrato, el contrato será cancelado a partir de la medianoche del último día del mes en que recibimos el último pago de la prima, siempre cumpliendo con los requerimientos de aviso y aceptación de LIBERTY Dental Plan. 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.

Si las Primas no se pagan de conformidad con el acuerdo de Covered California, los términos y condiciones, y usted es un Miembro de Covered California que recibe un Crédito Fiscal Adelantado para Pago de Prima (APTC) que paga por parte de su Prima dental, se le proporcionará un período de gracia de tres meses que comienza el primer día del mes siguiente al último día del mes para el cual se recibieron las última Primas.

Usted puede restablecer su cobertura mediante el pago de la totalidad del saldo pendiente de la Prima adeudada a más tardar el último día del tercer mes del período de gracia. Su cobertura se suspenderá durante el segundo y tercer mes del período de gracia de tres meses y los Proveedores no estarán obligados a proporcionarle Servicios Cubiertos mientras su cobertura esté suspendida. Puede recibir los servicios durante el segundo y tercer mes del período de gracia, pero usted será financieramente responsable por el costo de esos servicios, a menos que su cobertura se reestablezca el o antes del final del tercer mes del período de gracia. Si no paga la totalidad del saldo pendiente de la Prima adeudada, su cobertura se terminará a partir del primer día del segundo mes de su período de gracia.

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 Proveedor de Atención Primaria o Especialista debe completar cualquier procedimiento en curso que haya empezado antes de que usted termine su contrato, y cumplir con los términos y condiciones del Plan.

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

4. **Terminación por fraude**

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

5. **Terminación debido al estado de salud**

LIBERTY no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha terminado debido a su 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 limitaciones auditivas o del habla. La página de Internet 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, donde 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 rescindir solo en caso de fraude o declaración falsa intencional, como presentar intencionalmente información o materiales incompletos o incorrectos en su solicitud de inscripción que afectaría nuestra decisión de aceptarlo como Miembro cubierto. Tiene el derecho de apelar cualquier decisión de rescindir su membresía. Los procedimientos de apelación le serán proporcionados junto con el aviso de rescisión.

IX. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA

Su cobertura se renovará automáticamente de acuerdo con los mismos términos y condiciones, salvo que LIBERTY le informe a usted 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.

Los miembros de Covered California tendrán renovaciones para su plan dental coordinadas sujetas a los términos y condiciones de Covered California.

Si usted es un Miembro de Covered California que recibe un Crédito Fiscal Adelantado para Pago de Prima (APTC) que paga por parte de su Prima dental, se le proporcionará un período de gracia de tres meses que comienza el primer día del mes siguiente al último día del mes para el cual se recibieron las última Primas. Usted puede restablecer su cobertura mediante el pago de la totalidad del saldo pendiente de la Prima adeudada a más tardar el último día del tercer mes del período de gracia.

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, los reclamos o la atención dental que recibe 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 nuestra página web, www.libertydentalplan.com, o llamando a Servicios para Miembros de LIBERTY o puede preguntar a su Proveedor. 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: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110, o
- Por fax: Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al (949) 223-0011, o
- Verbalmente: Llamando a un representante de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al número gratuito (888) 844-3344, o
- Usando el proceso de presentación de quejas formales en línea a través de 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, en su caso, podrá presentar la Queja Formal ante LIBERTY, o al DMHC para asuntos urgentes (consulte "Quejas Formales Urgentes" más adelante).

Si no domina el idioma inglés o si tiene una discapacidad visual u otra limitación de comunicación, LIBERTY le 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, y también puede incluir el acceso a intérpretes y a los sistemas de transmisión telefónica para ayudar a las personas con limitaciones para comunicarse.

No será discriminado de ninguna manera por parte de LIBERTY o su Proveedor 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 descontento.

Los representantes de LIBERTY Dental Plan revisarán el problema con usted y tomarán los pasos apropiados para una resolución rápida. Se le confirmará que hemos recibido su Queja Formal dentro de los siguientes cinco (5) días calendarios después de recibirla. 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 presentar 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 número es el **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 el 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 la resuelva de manera satisfactoria dentro de los siguientes treinta (30) días después de haber presentado la queja al plan de servicios de salud.

Declaración requerida por el estado de California: El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio del cuidado de la salud. Si tiene una queja formal contra su Plan de Salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-888-844-3344** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan antes de comunicarse con el Departamento. Seguir este proceso de quejas no le prohíbe ningún derecho legal que usted pueda tener o recursos que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja referente a una emergencia, una queja que no haya sido solucionada satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que está sin resolver por más de 30 días, usted puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. Usted también podría ser elegible para una revisión independiente médica (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 propuesto servicio o tratamiento, 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 auditivos o del habla. 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 medicamento (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, lo que incluye, entre otros, dolor agudo, la posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante, LIBERTY apresurará el proceso de su Queja Formal al recibir la notificación de esta condición de urgencia. LIBERTY resolverá la condición de urgencia dentro de los siguientes 3 días calendarios de la recepción de la Queja Formal, o antes, en base a la condición. En caso de Quejas Formales urgentes, a usted no se le requiere esperar 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 consideración. Sus solicitudes deben ser por escrito con un resumen detallado y deben enviarse a:

LIBERTY Dental Plan, Inc.
Quality Management Department
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110

Cualquier información adicional se procesará como una nueva queja formal.

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 excluye su derecho de presentar una Queja Formal al DMHC después de finalizar la mediación. Para poder 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 niega 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 Administrada de la Salud llamando al (888) HMO-2219 o visitando su página de Internet 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 de quejas de LIBERTY Dental Plan, y todos los procedimientos de resolución de quejas se han agotado, podrá presentar el problema a un proceso de arbitraje para su resolución. Si usted o uno de sus Dependientes elegibles piensan que alguna conducta es ocasionada o se relaciona con su participación como Miembro de LIBERTY Dental Plan, incluso una responsabilidad médica o contractual, el asunto debe resolverse por medio de arbitraje. Se realizará el arbitraje de acuerdo con las reglas y regulaciones de la Asociación Americana de Arbitraje vigentes en el momento en que se presentó la Queja Formal (disputa o controversia) y estará sujeto a la Sección 1295 del Código de Procedimientos Civiles de California.

XI. OTRAS DISPOSICIONES

A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Como Miembro con cobertura, siempre recibirá sus beneficios de LIBERTY. LIBERTY no considera su Plan Individual como secundario a cualquier otra cobertura que pueda tener. Usted tiene el derecho de recibir los beneficios como se indica en este documento de Evidencia de Cobertura, 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 Individual, son necesarios debido a un accidente de trabajo o que son la responsabilidad de un tercero, usted acepta cooperar en los procesos de LIBERTY para recibir el reembolso por estos servicios.

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

Si desea participar en el Comité de Políticas Públicas 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 gm@libertydentalplan.com.

D. NO DISCRIMINACIÓN

LIBERTY y los Proveedores contratados brindan atención en un entorno no discriminatorio. No se tolera la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, orientación sexual o edad, estado de la enfermedad, ceguera o discapacidad física/mental.

E. PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

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

F. DONACIÓN DE ÓRGANOS

El DMHC exige a LIBERTY informarle que 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 Afiliados con dominio limitado del inglés podrán tener acceso a servicios de interpretación y traducción, incluida la traducción de documentos en algunos de los idiomas más hablados en California. Consulte las declaraciones a continuación:

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta noticia? Si no, alguien le puede ayudar a leerla.

Además, es posible que reciba esta carta escrita en su propio idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al 1-888-844-3344.

H. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DE LIBERTY DENTAL PLAN

Servicios para Miembros del Plan Dental LIBERTY brinda servicio al cliente de manera gratuita de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., en días normales de oficina, para asistir a los Miembros con preguntas sencillas y resolución de problemas. Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden utilizar la línea gratuita de Servicio de Retransmisión de California llamado al 1-800-735-2929 (TTY) o al 1-877-5378 (TTY) para comunicarse con el Departamento. Nuestro número gratuito es (888) 844-3344.

I. DERECHO DE LOS MIEMBROS

Como Miembro, usted tiene derecho a:

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

- Un período de gracia de tres meses para restablecer la cobertura para cualquier lapso en el pago de la Prima si usted es un Miembro de Covered California que recibe un APTC que paga por parte de su Prima dental.

Las políticas y los procedimientos de LIBERTY Dental Plan para la conservación de la confidencialidad de archivos 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 ante su Consultorio Dental seleccionado.
- Tratar al Dentista de Atención Primaria, al personal de la oficina 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 de tratamiento recetado
- Hacer sus copagos al momento de recibir el servicio.
- Informar a LIBERTY Dental Plan de cambios en el estado de su familia.
- Estar al tanto de y seguir las pautas de la organización al solicitar atención dental.

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110

(888) 844-3344



Apéndice 1:
LISTA DE BENEFICIOS
SERVICIOS CUBIERTOS

Consulte el programa de beneficios que le entregaron en el momento de la inscripción. También puede obtener una copia comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros gratis al (888) 844-3344, de lunes a viernes, de 8:00 am a 6:00 pm, hora estándar del Pacífico.

Apéndice 2:

PRIMA, CUOTAS DE PRE-PAGOS Y CARGOS

Región y condado	Hijo Cubierto (1)*	Adulto Por Miembro Por Mes (PMPM) *
Región 1 – Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Del Norte, Glenn, Humboldt, Lake, Lassen, Mendocino, Modoc, Nevada, Plumas, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne, Yuba	\$38.52	\$47.18
Región 2 – Marin, Napa, Solano, Sonoma	\$22.24	\$21.86
Región 3 – El Dorado, Placer, Sacramento, Yolo	\$14.52	\$8.45
Región 4 – San Francisco	\$14.52	\$8.45
Región 5 – Contra Costa	\$22.24	\$21.86
Región 6 – Alameda	\$14.52	\$8.45
Región 7 – Santa Clara	\$14.52	\$8.45
Región 8 – San Mateo	\$22.24	\$21.86
Región 9 – Monterrey, San Benito, Santa Cruz	\$22.24	\$21.86
Región 10 – Mariposa, Merced, San Joaquin, Stanislaus, Tulare	\$24.37	\$24.84
Región 11 – Fresno, Kings, Madera	\$22.24	\$21.86
Región 12 – San Luis Obispo, Santa Bárbara, Ventura	\$24.43	\$25.63
Región 13 – Imperial, Inyo, Mono	\$37.90	\$44.87
Región 14 – Kern	\$12.49	\$7.72
Región 15 – Códigos postales de Los Ángeles: 906-912, 915, 917, 918, 935	\$12.49	\$7.72
Región 16 – Todos los otros Códigos postales de Los Ángeles:	\$12.49	\$7.72
Región 17 – Riverside, San Bernardino	\$12.49	\$7.72
Región 18 – Orange	\$12.49	\$7.72
Región 19 – San Diego	\$12.49	\$7.72

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