



**CALIFORNIA
PLAN DE GRUPO PEQUEÑO
EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC)
Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN COMBINADOS**

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

ANUNCIOS

Disponibilidad de 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.

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 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 HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLE 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.

RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

A. Cómo usar su plan de LIBERTY Dental

Este manual es la Evidencia de Cobertura de su grupo. En él se explica lo que LIBERTY cubre y no cubre. Su Lista de Beneficios completa, que enumera los copagos y otros cargos, se proporciona con este documento al inicio del contrato, y está disponible por separado cuando se solicite. 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 tener derecho 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. Llámenos si tiene una pregunta o un 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 de urgencia. Si se muda del área de servicio, debe informar a LIBERTY.

D. Red de LIBERTY

Nuestra red incluye a todos los proveedores de atención primaria y especialistas 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 no puede acceder a un proveedor de la red en un plazo de tiempo o ubicación razonables para recibir atención necesaria por razones médicas, puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir ayuda en la búsqueda de otro proveedor de la red o para hacer arreglos especiales para acceder a la atención de un proveedor que no pertenezca a la red. Usted es responsable solamente de las Primas y Copagos indicados de los Servicios Cubiertos. Usted también sería económicamente responsable de los honorarios habituales del proveedor por la prestación de servicios electivos no cubiertos o por servicios que no se consideren necesarios por razones médicas tras la revisión de LIBERTY.

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 10)*.

E. Su proveedor de atención primaria (consulte Acceso a Servicios en la página 7)

Cuando se une a LIBERTY, en la mayoría de los casos, tiene que elegir un proveedor de atención primaria a quien se le asignará, a menos que se indique de otra manera a continuación. La primera página de su Lista de Beneficios indica si debe elegir y ser asignado a un proveedor de atención primaria. Su proveedor de atención primaria es generalmente un dentista general que proporciona atención básica y coordina la atención que necesita de otros proveedores de especialidades dentales.

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.

Algunos planes de LIBERTY no requieren que elija y sea asignado a un proveedor de atención primaria. En esos planes, es posible acceder a los servicios de cualquier proveedor de atención primaria de la red que ha sido contratado. Consulte la primera página de su Lista de Beneficios para determinar si su plan requiere que elija y sea asignado a un proveedor de atención primaria.

F. Asistencia de idiomas y comunicación (consulte la página 21)

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, por favor infórmenos de sus necesidades lingüísticas personales 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 médicamente necesaria para su salud. Su dentista y LIBERTY siguen pautas y políticas para decidir si la atención es médicamente necesaria. 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 19).
- 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. Su Lista de Beneficios completa 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 de la página web de LIBERTY.
-

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 pre-aprobaciones (consulte la página 9)

Debe obtener una derivación de su proveedor de atención primaria y la pre-aprobación de LIBERTY para recibir servicios especializados, 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 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 y pre-aprobación para ver a su médico de atención primaria u 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 (consultar la página 8)

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. La cobertura para la atención de emergencia y atención de urgencia se explica plenamente en la página 8.

L. Atención cuando está fuera del área de servicio de LIBERTY (consultar la página 8)

Solo se cubre la atención de emergencia y la atención de urgencia.

M. Costos (consultar la sección “Cuotas y cargos - Lo que usted paga” en la página 10)

- La prima es lo que usted y/o el grupo de su empleador pagan a LIBERTY para mantener la cobertura.
- Un copago es la cantidad que usted debe pagar por un procedimiento cubierto específico.
- El gasto de bolsillo máximo anual es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Un afiliado tiene un gasto de bolsillo máximo anual de \$350 y un máximo anual familiar de \$700; todos los copagos pagados por el afiliado por servicios cubiertos, incluyendo los copagos de ortodoncia, se contabilizan para los gastos de bolsillo máximos anuales. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados, que no se contabilizan para los gastos de bolsillo máximos. Se aplica a los beneficios para niños hasta los 19 años de edad únicamente. Para verificar su gasto de bolsillo máximo, puede visitar el sitio web de la LIBERTY en www.LIBERTYdentalplan.com o llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al 888-844-3344 (número gratuito). Después de haber alcanzado el gasto de bolsillo máximo anual, LIBERTY pagará el resto del costo de los servicios dentales para ese año, siempre y cuando el servicio que reciba sea un beneficio cubierto realizado por su proveedor dental contratado asignado o un proveedor dental autorizado.

N. Qué hacer si tiene una queja sobre su plan dental de LIBERTY (consultar la página 18)

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de quejas. Puede presentar una queja (también llamada *apelación* o *queja formal*) ante LIBERTY por cualquier descontento que tenga con LIBERTY, sus beneficios, una determinación de reclamación, 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 la 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:

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

Beneficios: Servicios cubiertos por su plan dental de LIBERTY.

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 su plan dental de LIBERTY.

Cal-COBRA: La ley estatal que requiere a una persona en un pequeño grupo de 2 a 19 miembros comprar cobertura continua al término de su empleo o al término de la cobertura de salud en grupo patrocinada por el empleador.

Capitación: Los pre-pagos realizados por LIBERTY a un proveedor de atención primaria contratado para proporcionar servicios a los miembros asignados.

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

COBRA: La ley federal que requiere a una persona comprar cobertura continua al término de su empleo o al término de la cobertura de salud en grupo patrocinada por el empleador.

Dentista contratado: Un dentista que ha firmado un contrato para proporcionar servicios a los miembros de LIBERTY, de conformidad con 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 se listan en el Programa de Beneficios.

Expedientes dentales: Se refiere a los expedientes con fines de diagnóstico, radiografías dentro y fuera de la boca, registro escrito del tratamiento incluyendo, entre otros, notas, fichas dentales y periodontales, planes de tratamiento, informes de consulta u otro material escrito relacionado con el historial médico o dental, diagnóstico, condición, tratamiento o evaluación de un individuo.

Dependiente: Cualquier miembro de la familia del suscrito 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 necesario.

Consultorio dental: 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.

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.

Afiliado: Ver la definición de “Miembro”.

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.

Beneficio Dental Pediátrico Esencial: Se refiere a los beneficios 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 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. La IMR solo está disponible para servicios médicos o servicios que están disponibles debido a la inscripción en un plan médico de servicio completo relacionado.

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

Miembro: Suscrito 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 que la inscripción en un plan dental puede iniciarse o cambiarse.

Cobertura fuera del área: Beneficios proporcionados cuando está fuera del área de servicio del Plan, o lejos de su proveedor de atención primaria.

Atención de urgencia fuera del área: Servicios urgentes necesarios cuando se encuentra fuera del área de servicio o lejos de su proveedor de atención primaria.

Gasto de bolsillo máximo: Se refiere a la cantidad máxima que gastará por servicios cubiertos cada año. Un afiliado tiene un gasto de bolsillo máximo anual de \$350 y un máximo anual familiar de \$700; todos los copagos pagados por el afiliado por servicios cubiertos, incluyendo los copagos de ortodoncia, se contabilizan para los gastos de bolsillo máximos anuales. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados, que no se contabilizan para los gastos de bolsillo máximos. Se aplica a los beneficios infantiles solo hasta los 19 años de edad. Después de alcanzar esta cantidad en gastos, todos los servicios cubiertos adicionales durante el año están cubiertos por su Plan.

Plan: LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

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

Prima: La cuota recibida por LIBERTY, pagada por usted o su empleador a LIBERTY para este Plan de beneficios.

Proveedor de atención primaria: Un dentista general afiliado a LIBERTY para proporcionar servicios de odontología general a los miembros cubiertos del Plan. El proveedor de atención primaria es responsable de proporcionar o coordinar los servicios dentales necesarios. El proveedor de atención primaria puede incluir uno o más dentistas generales o especialistas en el mismo centro.

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

Proveedor: Un dentista contratado que proporciona servicios bajo este 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 prestaba servicios bajo contrato y 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: Se refiere a los miembros que son beneficiarios de este Plan de beneficios dentales.

III. ACCESO A SERVICIOS - CONSULTAS CON UN DENTISTA

LIBERTY Dental Plan tiene contratos con proveedores de atención primaria y especialistas para proporcionar servicios cubiertos por su Plan. Póngase en contacto con nosotros gratuitamente llamando al **(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 este manual 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 como se describe en este documento bajo “atención dental de emergencia” o “atención médica de urgencia”.

A. INSTALACIONES

LIBERTY pone a su disposición instalaciones de atención primaria (dentistas generales) y de especialidades en todo el estado de California dentro de una distancia razonable de su hogar o lugar de trabajo. Póngase en contacto con LIBERTY gratuitamente llamando al **(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, prestados por profesionales dentales altamente calificados, en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de LIBERTY Dental Plan han sido sometidos a un procedimiento estricto de revisión de sus credenciales, antecedentes y evaluaciones de sus consultorios. 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 proveedor de atención primaria le proporcionará toda la atención dental necesaria, incluyendo referencias a especialistas si es necesario. La mayoría de los afiliados debe 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 ayudarle en la evaluación de su riesgo de enfermedades dentales futuras, y sobre las medidas de cuidados en el hogar que puede tomar para mantener sus dientes y boca sanos. Además, el estado de los dientes, las encías y la 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

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

1. **Odontología general/odontología de atención primaria:** Excepto como se indica a continuación, cuando se une a LIBERTY Dental Plan, debe elegir un proveedor de atención primaria, a quien será asignado. La primera página de su Lista de Beneficios indica si debe elegir y ser asignado a un proveedor de atención primaria. 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 centro de atención primaria asignado compartirá información con cualquier especialista para coordinar su atención general.

Si no selecciona un proveedor de atención primaria, LIBERTY elegirá uno para usted en el momento de su inscripción y se le notificará de esta asignación.

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 determinar si su plan requiere la asignación de un proveedor, consulte la primera página de su Lista de Beneficios. Si su plan no requiere la asignación de un proveedor, con el fin de acceder a la atención en virtud de uno de estos planes, comuníquese con cualquier proveedor de LIBERTY Dental Plan que tenga contrato para proporcionar servicios bajo su plan seleccionado para programar una cita. El proveedor 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 Lista de Beneficios para determinar si su plan requiere que elija y sea asignado a un proveedor de atención primaria, o si puede acceder a los servicios de cualquier proveedor de atención primaria contratado de la red.

En las regiones donde se requiere la asignación, todos los miembros del Beneficio Dental Pediátrico Esencial deben ser asignados y recibir tratamiento del mismo proveedor de atención primaria.

2. **Cómo cambiar su proveedor 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 cambio solicitado a un proveedor de atención primaria entrará en vigor el primer (1^{er}) día del mes siguiente, si el cambio es recibido por LIBERTY Dental Plan antes del día (20) 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:** 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 pre-aprobados. Su especialista presentará a LIBERTY una autorización previa de los servicios para su pre-aprobación.

D. ATENCIÓN DE URGENCIA:

La atención de urgencia es atención que necesita dentro de las siguientes 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud dental derivado de una enfermedad o lesión inesperada para la cual el tratamiento no se 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 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 proveedores de atención primaria afiliados a LIBERTY Dental Plan ofrecen atención dental de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de 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 proveedor de atención primaria para hacer una cita de inmediato. Para condiciones dentales urgentes o inesperadas que ocurren después de horas de oficina o en los fines de semana, comuníquese con su proveedor de atención primaria para recibir instrucciones sobre qué hacer.

Si su proveedor 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 un 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, por año calendario. Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los servicios 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 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 dental 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 cubiertos 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, menos los copagos correspondientes, 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 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 de emergencia.
- Nombre y dirección del dentista que proporcionó el servicio de emergencia.
- Declaración explicando las circunstancias de esta visita de emergencia.

Si se necesita información adicional, se le notificará por escrito. Si alguna parte de su reclamación es negada, recibirá una Explicación de los Beneficios (EOB) por escrito dentro de los siguientes 30 días a partir de la fecha en que LIBERTY Dental Plan recibió la reclamación, y se 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

Puede solicitar una segunda opinión, cuando sea apropiado, sin costo para usted; simplemente 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 las radiografías correspondientes. Todas las solicitudes para una segunda opinión son aprobadas por LIBERTY Dental Plan dentro de las siguientes 72 horas a partir de la recepción de tal solicitud. En cuanto sea aprobada, LIBERTY Dental Plan hará los arreglos necesarios para la segunda opinión dental y le informará a su dentista tratante de 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 proveedor 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 proveedor de atención primaria tiene dificultad para localizar un especialista en su área, comuníquese con Servicios para Miembros de LIBERTY para recibir ayuda con la localización de un especialista.

Todos los servicios de especialidad que se consideren servicios médicos necesarios y que además cuenten con la aprobación previa de LIBERTY son para el tratamiento prescrito por el especialista que ha propuesto dicho tratamiento. Los planes de tratamiento no son transferibles a otro especialista a menos que el siguiente especialista esté de acuerdo con el tratamiento propuesto por el especialista anterior.

Si no puede acceder a los servicios de especialidad de la red en un plazo de tiempo o ubicación razonables (tal como lo determine el requisito de acceso publicado), puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir ayuda con la búsqueda de otro especialista de la red, o para hacer arreglos acceder a la atención de un especialista que no pertenezca a la red. Toda la atención de especialidad debe contar con aprobación previa para la determinación de la cobertura, la necesidad médica y/o la adecuación a las condiciones presentes. En dichos casos, usted sería económicamente responsable solo de los copagos detallados por los servicios cubiertos. Usted también sería económicamente responsable de los honorarios habituales del proveedor por la prestación de servicios electivos no cubiertos, o por servicios que no se consideren necesarios por razones médicas tras la revisión de LIBERTY.

H. AUTORIZACIÓN, MODIFICACIÓN O NEGACIÓN DE SERVICIOS

No es necesario obtener autorización previa para obtener servicios dentales generales de su proveedor de atención primaria. El proveedor de atención primaria tiene la autoridad para hacer la mayoría de las determinaciones de cobertura. Las determinaciones de cobertura se logran mediante evaluaciones extensas orales que son cubiertas bajo su plan. Su proveedor 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 estar pre-autorizados antes de brindar la atención, a excepción de los servicios de emergencia (Atención dental de emergencia y Servicios de atención de urgencia descritos anteriormente).

Usted o sus proveedores puede 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 de 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

Las determinaciones para negar, demorar o modificar el tratamiento solicitado en su nombre incluirán información sobre cómo usted puede presentar una queja formal en virtud de esta determinación.

Solicitudes urgentes: Si usted o su proveedor de atención primaria enfrentan una condición urgente dónde existe una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, 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 setenta y dos (72) horas a partir del momento en que recibimos tal información, de conformidad con la naturaleza de la condición de urgencia o de emergencia.

La decisión de aprobar, modificar o negar la solicitud será comunicada al proveedor de atención primaria dentro de veinticuatro (24) horas después de haber tomado 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: Los miembros actuales pueden tener derecho 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 terminado. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con el proveedor terminado sobre los términos respecto a su atención de acuerdo con las leyes 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. 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 póliza 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 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 1-888-844-3344.

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.

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

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

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 anualmente las cuotas de los beneficios cubiertos, los copagos y las primas. 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 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 afectarle.

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 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. Con el fin de tener la certeza sobre qué servicios en su plan de tratamiento son beneficios de su plan y qué servicios, si los hay, son servicios no cubiertos u opcionales (y que tendría que pagar de su bolsillo), 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 cuota habitual del proveedor por dichos servicios.

Usted puede ser responsable por cargos adicionales de cheques devueltos, 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 por usted y su proveedor de conformidad con los acuerdos comerciales y divulgaciones de LIBERTY o el proveedor.

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 aplicados a cualquier servicio sujeto 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 del 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 proporcionen servicios no cubiertos, su dentista contratado debe proporcionarle 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 proveedor contratado por LIBERTY. En caso de que LIBERTY no pague a un proveedor sin contrato, usted puede ser responsable ante el proveedor no contratado 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 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

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. Si LIBERTY 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 de vigencia de su cobertura. Asegúrese de identificarse como miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame al dentista para hacer su cita. También le aconsejamos que lleve esta Evidencia de Cobertura o la Lista de Beneficios y las limitaciones y exclusiones aplicables cuando vaya a su cita. Su Lista de Beneficios completa, 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 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

Usted debe vivir o trabajar en el área de servicio del plan. 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 ambos de los siguientes sean verdaderos:

- 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;

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 en el área de servicio del plan. Los suscriptores de grupo potenciales también deben reunir los requerimientos de elegibilidad del empleador. Puede inscribir a:

- 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 un 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 conformidad con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente, y sujetos a las limitaciones y exclusiones que se describen para cada categoría y para todos los servicios. Consulte la Lista de Beneficios para obtener una lista detallada de los procedimientos dentales específicos cubiertos 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 dental de LIBERTY. Las Listas de Beneficios se proporcionan con este documento en el inicio del contrato y están disponibles por separado cuando las solicite a LIBERTY Dental Plan poniéndose en contacto con Servicios para Miembros al (número gratuito): (888)-844-3344, o a través del sitio web de LIBERTY Dental en www.LIBERTYDentalPlan.com. Cuando se requiera, la Lista de Beneficios también puede incluirse en el Anexo 1 de este documento.

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 conformidad con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios dentales de diagnóstico que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, 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 conformidad con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios dentales preventivos que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

C. Servicios dentales de restauración

Los servicios dentales de restauración son aquellos que se emplean para reparar y restaurar los dientes naturales a una condición saludable cuando se consideran necesarios para su salud dental, de conformidad con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios dentales de restauración que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

D. Servicios endodónticos

Los servicios endodónticos son procedimientos que implican el tratamiento de la pulpa, el conducto radicular y las raíces, cuando se consideran necesarios para su salud dental, de conformidad con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los siguientes tipos de servicios endodónticos que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, junto con las limitaciones y exclusiones relacionadas.

E. Servicios periodónticos

Los servicios periodónticos 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 conformidad con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios periodónticos que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, 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 prostodónticos que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, 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 de cirugía oral que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, 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 complementarios que figuran en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, 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. Los servicios de ortodoncia no son una categoría cubierta requerida de servicio dental. Consulte su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, 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, 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 especializados.

VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES

Consulte su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite, para ver las limitaciones de procedimientos cubiertos y las exclusiones de beneficios de su plan como parte de la Lista de Beneficios.

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 pre-aprobación de LIBERTY o que necesite atención de urgencia o atención de emergencia, o que se encuentre fuera del área de servicio de LIBERTY.
- La atención que no sea médicamente necesaria.
- Los procedimientos que no se enumeran ni se incluyen en la Lista de Beneficios.
- 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 expedientes 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 incluyen en su Lista de Beneficios completa proporcionada con este documento al inicio del contrato, y disponible por separado cuando la solicite.

B. CITAS PERDIDAS

LIBERTY recomienda encarecidamente que si necesita cancelar o reprogramar una cita con su proveedor, que 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 de LIBERTY podrá ser terminado 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 vigor. 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 termina.

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. Terminación por incumplimiento 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 proveedor de atención primaria o especialista debe completar cualquier procedimiento en curso que haya empezado antes de que usted terminara su contrato, y adherirse a 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 cobros restantes del tratamiento de ortodoncia.

4. Terminación por fraude

LIBERTY puede terminar la cobertura actual en vigor 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 Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Tras la notificación de finalización del proceso de apelación, la terminación entrará en vigor inmediatamente después de dicha notificación de LIBERTY Dental Plan.

5. Terminación debido al estado de salud

LIBERTAD no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha terminado, cancelado, rescindido o no renovado indebidamente debido a su estado de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión realizada por el Director del DMHC. 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 30 días desde la fecha de notificación de la terminación, excepto cuando se trate de un fraude y tergiversación intencional de un hecho material, 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 aplicar la rescisión solo en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales, tales como, presentar intencionalmente información material incompleta o incorrecta en su solicitud de inscripción, entre otros. 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 vigor inmediatamente al momento de dicha notificación de LIBERTY Dental Plan. Excepto lo dispuesto por la 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 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.

X. CONTINUACIÓN INDIVIDUAL DE COBERTURA DENTAL (COBRA, CAL-COBRA, COBERTURA DE CONVERSIÓN Y 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 por hasta 18 o 36 meses, dependiendo del evento habilitante 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.

Fechas importantes 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.

1. **Notificación de un evento habilitante:** Los empleadores deben notificar a LIBERTY dentro de los siguientes 30 días cuando ocurran los siguientes eventos habilitantes:
 - El trabajo del empleado termina
 - Las horas de trabajo del empleado se reducen
 - El empleado cumple con los requisitos para recibir beneficios de Medicare
 - El empleado muereUsted o su dependiente deben notificar a LIBERTY por escrito dentro de un plazo de 60 días después que ocurra cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:
 - El empleado se divorcia o separa legalmente
 - Un hijo u otro dependiente ya no califica como dependiente bajo las reglas del plan
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 habilitante.

3. **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.
4. **Pago de la prima:** Usted debe pagar las primas de su cobertura de COBRA según las instrucciones proporcionadas por su empleador. LIBERTY debe recibir su primer pago de la prima dentro de los 45 días posteriores a su inscripción en COBRA. Esta primera prima cubre el tiempo desde la fecha en que su cobertura terminó debido al evento habilitante hasta el día en que se inscribió en COBRA. Posteriormente, debe pagar una prima mensual, según las instrucciones de su empleador y/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 por hasta 18 meses más bajo Cal-COBRA. Si permaneció en COBRA durante 36 meses, no puede obtener Cal-COBRA por ningún período 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 indiquen, 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 por hasta 36 meses.
- Tiene los mismos beneficios que los miembros actuales con cobertura de LIBERTY.
- Debe pagar la totalidad de la prima mensual.

Fechas importantes 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 habilitante:** 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 60 días después que ocurra cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- 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 habilitante.
 3. **Período de elección:** Usted tiene 60 días para notificar a su empleador y/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 proporcionadas por su empleador. LIBERTY debe recibir de su empleador su primer pago de la prima dentro de los 45 días posteriores a su inscripción en Cal-COBRA. Esta primera prima cubre el tiempo desde la fecha en que terminó su cobertura debido al evento habilitante hasta el día en que se inscribió en Cal-COBRA. Posteriormente, debe pagar una prima mensual, según las instrucciones de su empleador, durante todo el tiempo que permanezca en Cal-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 no se ofrece más. Si no cumple con este plazo, sus beneficios de Cal-COBRA terminan.

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 período 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 período 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.

XI. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES

Si no está satisfecho con su proveedor de atención primaria seleccionado, el personal, las instalaciones, la derivación de especialidad, la autorización previa, la reclamación 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 nuestro sitio 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.

Puede presentar una queja 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 los pasos apropiados para una resolución rápida. Recibirá confirmación que hemos recibido su queja dentro de los siguientes cinco (5) días calendarios después de recibirla. Las quejas 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 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 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 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 servicios de salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, debe primero llamar a su plan al **1-888-844-3344** y utilizar el proceso de quejas de su plan antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso para presentar quejas 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, 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, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. También podría ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, dicho proceso le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud con relación a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, la decisión de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, 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 limitaciones auditivas 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: 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 agudo, la posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física, LIBERTY apresurará el proceso de su queja 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, o antes, en base a la condición. En caso de quejas 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.

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 reclamación 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 reclamación. LIBERTY revisará la información que presente y reconsiderará su reclamación. 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 reclamación.

Puede enviar su queja por escrito a:

LIBERTY Dental Plan
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 consideración 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 inmediata al contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY por teléfono al (877) 877-1893.

Puede presentar su solicitud de arbitraje, que permitirá a un árbitro neutral considerar 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 el fin de iniciar el proceso de arbitraje. También tiene derecho a entablar una acción judicial en virtud de la sección 502(a) de la Ley de seguridad de ingresos por jubilación en respuesta a una queja 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. Con el fin de iniciar la mediación, usted o su agente debe 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: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. También puede solicitar

los formularios del Departamento de Atención Médica Administrada. Puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada al número gratuito 1-888-HMO-2219, puede visitar 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 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 de o se relaciona con su participación como miembro de LIBERTY Dental Plan, incluyendo una responsabilidad médica o contractual, el asunto debe resolverse 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 (disputa o controversia) y estará sujeto a la Sección 1295 del Código de Procedimientos Civiles de California.

XII. OTRAS DISPOSICIONES

A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Como miembro con cobertura, siempre recibirá sus beneficios de LIBERTY. LIBERTY no considera su plan individual como secundario a cualquier otra cobertura que pueda tener. Usted tiene el derecho de recibir los beneficios como se indica en esta Evidencia de Cobertura, más allá de cualquier otra cobertura adicional que pueda tener. Sin embargo, cualquier cobertura de Covered California que tenga, y que se incluye en un plan de salud de servicios completos, actuará como pagador primario cuando tenga un beneficio dental pediátrico suplementario a través de un plan de beneficios familiares.

B. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

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

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

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

D. REPORTE DE POSIBLES FRAUDES

LIBERTY ha establecido una línea telefónica 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 vigilada 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.

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.

E. NO DISCRIMINACIÓN

Discrimination is against the law. LIBERTY complies with all applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently based on race, color, national origin, age, disability, or sex. LIBERTY provides free aids and services to people with disabilities, and free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters, including sign language interpreters
- Written information in other languages and formats, including large print, audio, accessible electronic formats, etc.

If you need these services, please contact us at (888) 844-3344. If you believe LIBERTY has failed to provide these services or has discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with LIBERTY's Civil Rights Coordinator:

- **Phone: (888) 704-9833**
- **TTY: (800) 735-2929**
- **Fax: (888) 273-2718**
- **Email: compliance@libertydentalplan.com**
- **Online: <https://www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY-Dental/Compliance/Contact-Compliance.aspx>**

If you need help filing a grievance, LIBERTY's Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:

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)
Online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

F. 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 las reclamaciones en su nombre. Sus servicios de atención especializada 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 con el fin de recibir el reembolso (consulte arriba la sección "Reembolso para atención dental de emergencia").

G. DONACIÓN DE ÓRGANOS

El DMHC requiere a LIBERTY que le informe 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 derive en la oportunidad de hacerlo. Puede obtener más información sobre la donación de órganos en <http://donatelifenet>

H. 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 noticia escrita en su propio idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al 1-888-844-3344.

I. 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 al 1-800-735-2929 (TTY) o al 1-877-5378 (TTY) para comunicarse con el Departamento. Nuestro número gratuito es (888) 844-3344.

J. DERECHO DE LOS MIEMBROS

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad y reconocimiento de la necesidad de privacidad y confidencialidad.
- Expresar quejas formales y estar informado del proceso de quejas formales.
- Tener acceso y disponibilidad de atención.
- Tener acceso a sus expedientes 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 conservar la confidencialidad de los expedientes médicos están disponibles si los solicita.

K. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Identificarse como miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame o visite su consultorio dental seleccionado.
- Tratar al proveedor 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 proveedor de atención primaria para 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



Anexo 1:

**LISTA DE BENEFICIOS
SERVICIOS CUBIERTOS**

La Lista de Beneficios específica de su plan se proporciona en un documento separado.

Anexo 2:

**PRIMA, CUOTAS DE PRE-PAGOS
Y CARGOS**

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