



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

**Esta EOC contiene información para los afiliados cubiertos por un plan individual de  
LIBERTY Dental Plan of California, Inc.**

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 888-703-6999.

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

## TABLA DE BENEFICIOS

**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.**

|   |   |
|---|---|
| (A) Deducibles                            | Ninguno   |
| (B) Máximos de por vida                   | Ninguno   |
| (C) Servicios profesionales               | <p>A un Afiliado se le puede requerir que pague un Copago por cada procedimiento, como se muestra en la Descripción de Beneficios y Copagos, sujetos a las Limitaciones y Exclusiones.</p> <p>Los Copagos varían según la categoría del servicio.<br/>Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de diagnóstico ..... Sin costo - \$100.00</li> <li>• Servicios preventivos ..... Sin costo - \$258.00</li> <li>• Servicios de restauración ..... Sin costo - \$500.00</li> <li>• Servicios de periodoncia ..... Sin costo - \$685.00</li> <li>• Servicios de prostodoncia..... \$10.00 - \$850.00</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial..... \$8.00 - \$2,625.00</li> <li>• Servicios de ortodoncia ..... Sin costo - \$2,300.00</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Algunos servicios pueden no estar cubiertos. Ciertos servicios pueden estar cubiertos solo si los proporcionan dentistas específicos, o pueden estar sujetos a cargos adicionales. Se aplican limitaciones a la frecuencia con la que se pueden obtener algunos servicios. Por ejemplo: Las radiografías de aleta de mordida en conjunto con exámenes periódicos se limitan a una serie de cuatro placas en cualquier período de 6 meses consecutivos; la dentadura postiza superior y/o inferior completa no puede reemplazarse dentro de 36 meses consecutivos, a menos que la dentadura postiza actual no sea satisfactoria y no se pueda dejar en calidad de satisfactoria por medio del revestimiento o la reparación.</p> |
| (D) Servicios ambulatorios                | Sin cobertura   |
| (E) Servicios de hospitalización          | Sin cobertura   |
| (F) Cobertura dental de emergencia        | El Afiliado puede recibir un Beneficio máximo de \$75 por emergencia para Servicios de Emergencia fuera del área.   |
| (G) Servicios de ambulancia               | Sin cobertura   |
| (H) Servicios de medicamentos recetados   | Sin cobertura   |
| (I) Equipo médico duradero                | Sin cobertura   |
| (J) Servicios de la Salud Mental          | Sin cobertura   |
| (K) Servicios para la dependencia química | Sin cobertura   |
| (L) Servicios de atención en el hogar     | Sin cobertura   |
| (M) Otro                                  | 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.

**A. CÓMO USAR SU PLAN DE LIBERTY DENTAL**

Este manual es su Evidencia de Cobertura (EOC). En él se explica lo que LIBERTY cubre y no cubre. También lea la Lista de Beneficios (en la página 19, que enumera los copagos y otras cuotas. Su plan de LIBERTY Dental es un plan dental individual. Para tener derecho a esta cobertura, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad como se indica en este documento.

**B. CÓMO CONTACTAR A LIBERTY**

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición. Llámenos si tiene 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) 703-6999**  
**Sitio web: [www.LIBERTYDentalPlan.com](http://www.LIBERTYDentalPlan.com)**

**C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY**

LIBERTY tiene un área de servicio que cubre todo el estado de California. Esta es el área en que LIBERTY ofrece cobertura dental. Usted debe vivir o trabajar en el Área de Servicio. Debe recibir todos los servicios dentales dentro del área de servicio, a menos que necesite Atención de Emergencia o Atención de Urgencia. Si se muda del Área de Servicio, debe informar a LIBERTY.

**D. RED DE LIBERTY**

Nuestra red incluye a todos los Dentistas Generales y Especialistas dentales que LIBERTY ha contratado para proporcionar servicios a nuestros Miembros. Usted debe obtener sus servicios dentales de su Proveedor de Atención Primaria y otros proveedores que se encuentren en la red. Llame al 888-703-6999 para pedir un Directorio de Proveedores de LIBERTY o use el sitio web.

Si acude a Proveedores fuera de la red, tendrá que pagar todo el costo, a menos que haya recibido la Aprobación Previa de LIBERTY o haya tenido una emergencia o si necesitaba de Atención de Urgencia fuera de casa. Si usted es miembro nuevo 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 la página 7)**

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

**EXCEPCIÓN:** 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 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 16)**

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 888-703-6999. Si tiene un idioma preferido, por favor infórmenos de sus necesidades personales con el idioma llamando al 888-703-6999.

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

Primero llame a su Proveedor de Atención Primaria para recibir toda su atención, a menos que sea una emergencia.

- Por lo general, necesita una derivación y una aprobación previa para recibir atención de un Proveedor que no es 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 15).

- La atención debe ser un servicio cubierto por LIBERTY. A los servicios dentales cubiertos también se les llama "beneficios". Para ver qué servicios cubre LIBERTY, consulte la Lista de Beneficios en el Apéndice I.

#### **H. DERIVACIONES Y AUTORIZACIONES PREVIAS (consulte la página 7)**

Debe obtener una derivación de su Proveedor de Atención Primaria y la pre-aprobación de LIBERTY para recibir servicios que serán proporcionados por un Especialista o para recibir una segunda opinión o para ver a un dentista que no 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 Proveedor de Atención Primaria u obtener atención de emergencia o Atención de Urgencia.

#### **I. ATENCIÓN DE EMERGENCIA (consulte la página 8)**

La Atención de Emergencia está cubierta en cualquier parte del mundo. Si se trata de una emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano. Es una emergencia si usted cree razonablemente que el no obtener atención inmediata podría poner su vida, o una parte del cuerpo, en peligro. 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.

#### **J. ATENCIÓN DE URGENCIA (consulte 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.

#### **K. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY (consulte la página 8)**

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

#### **L. COSTOS (consulte la "LISTA DE BENEFICIOS" en el Apéndice I y "Lo que usted paga" en la página 10)**

- La Prima es lo que usted paga a LIBERTY para mantener la cobertura.
- Un Copago es la cantidad que usted debe pagar al Proveedor por un procedimiento cubierto específico.

Después de que usted paga sus Copagos, LIBERTY paga por el resto de cualquier servicio cubierto.

#### **M. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE SU PLAN DENTAL DE LIBERTY (consulte la página 15)**

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de Quejas Formales. Puede presentar una queja (también llamada *apelación* o *queja formal*) ante LIBERTY por cualquier descontento que tenga con LIBERTY, sus Beneficios, una determinación de reclamo, una determinación de beneficios o cobertura, su proveedor o cualquier aspecto de su plan de Beneficios dentales. Si no está de acuerdo con la decisión de LIBERTY sobre su queja, puede obtener ayuda del Centro de Ayuda HMO del estado de California. En algunos casos, el Centro de Ayuda HMO puede ayudarle a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) o a presentar una queja. La IMR es una revisión de su caso por médicos que no son parte de su plan de salud.

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

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

El personal de gestión de utilización de LIBERTY firma anualmente una certificación que indica que se tomaron decisiones de revisión únicamente sobre la base de la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura.

## **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 para que usted pueda 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.

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

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

**Dentista Contratado:** Un dentista con LIBERTY que ha firmado un contrato para proporcionar servicios a los Miembros 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 están enumeradas en la Lista de Beneficios.

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

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

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

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

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

**Atención de Emergencia/Servicio Dental de Emergencia:** El Servicio y la Atención Dental de Emergencia incluyen (y están cubiertos por LIBERTY Dental Plan) pruebas dentales, exámenes, evaluación por un Dentista o Especialista dental para determinar si existe la condición dental de emergencia, y para proporcionar atención que sería reconocida conforme a los estándares de atención reconocidos profesionalmente para aliviar los síntomas de emergencia en un consultorio dental. Las emergencias médicas no están cubiertas por LIBERTY Dental Plan si los servicios se proporcionan en un hospital cubierto por un plan médico, o si LIBERTY Dental Plan determina que los servicios no eran de naturaleza dental.

**Afiliado:** Ver la definición de "Miembro".

**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. Para Planes Individuales, la IMR solo está disponible para servicios médicos.

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

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

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

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

**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 de Urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del Área de Servicio o lejos de su Proveedor de Atención Primaria.

**Grupo Dental Participante, Consultorio Dental, Proveedor:** Una instalación dental y sus dentistas que están bajo contrato para proporcionar servicios a los Miembros de LIBERTY, de conformidad con las reglas y regulaciones de LIBERTY.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Atención de Urgencia:** Consulte "Atención de Emergencia".

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

**Usted:** Se refiere a los Miembros individuales.

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

LIBERTY Dental Plan tiene contratos con Dentistas Generales y Especialistas para proporcionar servicios cubiertos por su Plan. Póngase en contacto con nosotros gratuitamente llamando al **(888) 703-6999**, o por medio de nuestro sitio web, [www.LIBERTYdentalplan.com](http://www.LIBERTYdentalplan.com), para encontrar un dentista en su área. Todos los servicios y Beneficios descritos en esta publicación están cubiertos solo si los proporciona un Proveedor de Atención Primaria o Especialista contratado. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para Servicios Dentales de Emergencia como se describe en este documento bajo "Atención Dental de Emergencia" o "Atención de Urgencia".

#### **A. INSTALACIONES**

LIBERTY pone a su disposición Proveedores de Atención Primaria (Dentistas Generales) y Especialistas en todo el estado de California dentro de una distancia razonable de su hogar o lugar de trabajo. Póngase en contacto con LIBERTY gratuitamente llamando al **888-703-6999**, o por medio del sitio web [www.LIBERTYdentalplan.com](http://www.LIBERTYdentalplan.com), para encontrar un dentista en su área.

Nuestra meta es proporcionarle beneficios dentales apropiados, brindados por profesionales dentales altamente calificados, en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de LIBERTY Dental Plan que trabajan en sus propias oficinas han sido sometidos a un procedimiento estricto de revisión, investigación y evaluaciones de consultorio. Además, cada dentista participante debe adherirse a las pautas estrictas del contrato. Todos los dentistas pasan por un proceso de selección y revisión con regularidad. Realizamos un programa de evaluación de la calidad, el cual incluye la administración continua del contrato para asegurar que los dentistas cumplan con la educación continua, la accesibilidad a los miembros, el diagnóstico adecuado y la planificación del tratamiento. Su Dentista de Atención Primaria le proporcionará toda la atención dental necesaria, incluyendo referencias a Especialistas si es necesario. Todos los Afiliados deben tener un consultorio dental de atención primaria dentro en un radio de treinta (30) minutos o quince (15) millas de su residencia o lugar de trabajo.

## **B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL**

Para obtener más información sobre cómo usar sus Beneficios dentales, visite el sitio web [www.LIBERTYdentalplan.com](http://www.LIBERTYdentalplan.com). El sitio web contiene más información útil sobre salud dental y oral para ayudarlo a evaluar el riesgo de enfermedades dentales futuras, y sobre las medidas de cuidados en el hogar que puede tomar para mantener sanos los dientes y la boca. 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 más adelante bajo Excepción, cuando se inscribe en LIBERTY Dental Plan, usted debe elegir a un Dentista de Atención Primaria al que será asignado. Su Proveedor de Atención Primaria asignado es responsable de coordinar cualquier atención especializada de servicios dentales que pueda necesitar. Debe obtener los servicios dentales generales de su Proveedor de Atención Primaria asignado. Su Proveedor de Atención Primaria asignado compartirá información con cualquier Especialista para coordinar su atención general.

A menos que se indique de otra manera bajo Excepción más adelante, 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.

2. **Cómo cambiar de Dentista de Atención Primaria:** Puede comunicarse con LIBERTY en cualquier momento para cambiar su Proveedor de Atención Primaria. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito (888) 703-6999 (en horario de oficina), o envíe una solicitud de cambio por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Su solicitud para cambiar de Dentista de Atención Primaria estará en efecto el primer (1<sup>er</sup>) día después del mes en que LIBERTY Dental Plan recibió la solicitud para hacer el cambio si se recibe antes del día veinte (20) del mes actual. Su solicitud para cambiar de dentista no será procesada si tiene un saldo pendiente con su dentista actual.

3. **Excepción:** Para determinar si su plan requiere la asignación previa de un proveedor, consulte la primera página de su Lista de Beneficios que comienza en la página 19. Si su plan no requiere la asignación previa de un proveedor, para acceder a la atención bajo uno de esos planes, comuníquese con un 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.

4. **Atención de un Especialista:** Puede obtener atención de un Especialista dental solo después de que su Proveedor de Atención Primaria haya enviado a LIBERTY la derivación a un Especialista para su aprobación. Solo puede recibir los servicios de un Especialista dental que hayan sido Pre-autorizados por LIBERTY. Su Especialista presentará a LIBERTY una Autorización Previa de los servicios para su Autorización Previa.

Todos los servicios y Beneficios descritos en este libro están cubiertos sólo si son proporcionados por un Dentista de Atención Primaria o Especialista que participa en LIBERTY Dental Plan. La única vez que puede recibir atención fuera de la red es para Servicios Dentales de Emergencia tales como descritos en "Atención Dental de Emergencia".

#### **D. ATENCIÓN DE URGENCIA:**

La Atención de Urgencia es 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 cuyo 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 consultorios dentales de atención primaria afiliados con LIBERTY Dental Plan proporcionan Servicios Dentales de Emergencia las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana. El Plan proporciona cobertura para Servicios Dentales de Emergencia solo si éstos se requieren para aliviar el dolor o sangrado grave, o si un Afiliado cree razonablemente que la condición, si no es diagnosticada o tratada, puede derivar a una discapacidad, disfunción o la muerte. Si se encuentra en una situación de emergencia dental en la que 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, también podría considerar llamar al sistema de respuesta de emergencia "911". El uso de dicho sistema debe hacerse de manera responsable.

En caso de que necesite Atención Dental de Emergencia, comuníquese con su Dentista de Atención Primaria para hacer una cita de inmediato. Para condiciones dentales urgentes o inesperadas que ocurran después de horas de oficina o en los fines de semana, comuníquese con su Dentista de Atención Primaria para instrucciones sobre qué hacer.

Si su Dentista de Atención Primaria no está disponible, o si usted está fuera del área de servicio y no puede 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. Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los Servicios Dentales de Emergencia, preferentemente dentro de las siguientes 48 horas. Si se determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, no se cubrirán los servicios de un dentista no contratado.

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

**Reembolso por atención dental de emergencia:** Si se satisfacen los requerimientos bajo la sección titulada "Atención Dental de Emergencia", LIBERTY cubrirá hasta \$75 por tales servicios por año calendario. Si usted paga una factura por Atención Dental de Emergencia que tiene cobertura, envíe una copia de la factura pagada a LIBERTY Dental Plan LIBERTY Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Por favor incluya una copia de la reclamación del consultorio Proveedor o una declaración legible de los servicios/la factura. Envíela a LIBERTY Dental Plan junto con la siguiente información:

- Su información de membresía.
- Nombre de la persona que recibió los Servicios Dentales de Emergencia.
- Nombre y dirección del dentista que proporcionó el Servicio Dental de Emergencia.
- Declaración explicando las circunstancias de esta visita de emergencia.

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

- La razón de la denegación.
- Referencia a las disposiciones pertinentes en la Evidencia de Cobertura donde se muestra por qué negamos la reclamación.
- Aviso de su derecho de pedir una reconsideración de la negación y una explicación del procedimiento para presentar Quejas Formales. También puede consultar la sección de la EOC, "PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES", más adelante.

#### **F. SEGUNDA OPINIÓN**

Usted puede pedir una segunda opinión sobre un diagnóstico dental para servicios cubiertos dentro de su plan, cuando sea indicado, sin costo a usted, solo comuníquese directamente con Servicios para Miembros llamando al número gratuito (888) 703-6999 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 de una segunda opinión dental son procesadas por LIBERTY Dental Plan dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud, o dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud para casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo, entre otros, dolor intenso, la posible pérdida de la vida o de una extremidad o una función física importante. En cuanto sea aprobada, LIBERTY Dental Plan hará los arreglos necesarios para la segunda opinión dental y le informará a su dentista tratante 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 que su Proveedor de Atención Primaria obtenga una Autorización para usted para que reciba la atención de especialidad. 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 X de la EOC "PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES", en la página 15.

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 y localizar a un Especialista.

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

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

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

No es necesario obtener Autorización Previa para recibir servicios dentales generales de su Dentista de Atención Primaria. El Dentista de Atención Primaria tiene la autoridad para hacer la mayoría de las determinaciones de cobertura. Las determinaciones de cobertura se logran mediante evaluaciones orales extensas que están cubiertas bajo su plan. Su Dentista de Atención Primaria es responsable de comunicarle los resultados de su evaluación oral extensa y de avisarle de los Beneficios disponibles y los costos asociados.

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

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

Usted o sus Proveedores pueden llamar a Servicios para Miembros al número gratuito 1-888-703-6999 para obtener información sobre las políticas de Autorización Previa de las políticas de los servicios, los procedimientos o el estado de una derivación o Autorización Previa específica.

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

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

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

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

**Solicitudes urgentes:** Si usted o su Dentista de Atención Primaria enfrentan una condición urgente donde existe una amenaza inminente y grave para su salud, 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, según la naturaleza de la condición de urgencia o de emergencia.

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

#### **I. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

**Miembros actuales:** Un Miembro nuevo puede tener el derecho de recibir el beneficio de completar su atención con el Proveedor Terminado para ciertas condiciones dentales agudas o crónicas graves. Por favor llame al Plan al 1-888-703-6999 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 1-888-703-6999 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 888-703-6999.

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

#### **A. PRIMAS Y CUOTAS DE PRE-PAGO**

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

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

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

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

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

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

#### **C. OTROS CARGOS**

Usted es responsable solamente de las Primas y Copagos indicados de los Servicios Cubiertos. Usted puede ser responsable de otros Cargos por servicios no cubiertos u opcionales, como se describe en esta Evidencia de Cobertura. Hable de los Cargos por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su Proveedor. Para tener la certeza sobre qué servicios en su plan de tratamiento son beneficios cubiertos 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 tratante.

#### **D. RESPONSABILIDAD DE PAGOS**

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

Usted es responsable de pagar el honorario habitual del dentista en las siguientes situaciones:

- Para servicios no-cubiertos. Si recibe servicios de un dentista o centro no contratado.
- Si se requería una Autorización Previa y usted no obtuvo la Autorización Previa 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 incluya cada servicio previsto y el costo estimado. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 888-703-6999.

En ningún caso usted será responsable de los montos adeudados a un Dentista Contratado por LIBERTY. En caso de que LIBERTY no pague a un Proveedor No Participante, usted puede ser responsable ante el Proveedor No Contratado por el costo de los servicios que recibió.

**IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, un proveedor dental participante puede cobrar su tarifa usual y de costumbre por dichos servicios. Antes de proveer a un paciente servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el dentista debe proporcionar al paciente un plan de tratamiento que incluye cada servicio anticipado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si le gustaría obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al teléfono (888) 703-6999, o a su agente de seguros. Para comprender completamente su cobertura, tal vez desee revisar atentamente esta evidencia de cobertura.

#### **E. REEMBOLSO DE PROVEEDORES**

LIBERTY paga por los Servicios Cubiertos a los Dentistas Contratados a través de una variedad de arreglos incluyendo Capitación, pago por servicio y subpagos suplementarios, además de la Capitación. El reembolso varía según el área geográfica, el dentista general, el especialista y el código del procedimiento. Para obtener más información sobre los reembolsos, puede enviar una solicitud por escrito a LIBERTY a la dirección indicada anteriormente.

### **V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN**

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

Si LIBERTY Dental Plan recibe el pago y su formulario de inscripción completado a más tardar el día 20 del mes, es elegible para recibir atención el primer día del mes siguiente. Puede llamar a su dentista seleccionado en cualquier momento después de la fecha 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 del Apéndice 1 cuando vaya a su cita. De esta manera, puede consultar los Beneficios y los Copagos aplicables que son los gastos de bolsillo asociados a su plan, así como cualquier tratamiento no cubierto.

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

Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en LIBERTY Dental Plan. Usted debe vivir en el Área de Servicio del Plan.

- Puede inscribir a su cónyuge.
- Hijos solteros dependientes (incluyendo hijos adoptados) menores de veintiséis (26) años.

- Hijos dependientes con discapacidad que dependan de usted para mantenerse y no puedan hacerlo ellos mismos debido a una discapacidad física o mental. Usted debe comprobar la incapacidad al momento de inscripción.
- Nuevos dependientes tales como nuevo cónyuge, hijos adoptados o hijos recién nacidos.

## **VI. SERVICIOS CUBIERTOS**

Usted está cubierto para los servicios y procedimientos dentales que se indican a continuación cuando sean necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente, y sujetos a las Limitaciones y Exclusiones que se describen para cada categoría y para todos los servicios. Consulte la Lista de Beneficios (Apéndice 1) para obtener una lista detallada de los Servicios Cubiertos específicos y los Copagos aplicables a cada uno, así como una lista de las Exclusiones y Limitaciones que se aplican a todos los servicios dentales cubiertos bajo su plan LIBERTY Dental Plan.

### **A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO**

Los servicios dentales de diagnóstico son los que se emplean para diagnosticar su condición dental y evaluar el tratamiento dental cuando se consideran necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

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

### **B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS**

Los servicios dentales preventivos son los que se emplean para mantener una buena salud dental o para evitar el deterioro de una condición dental cuando se consideran necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

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

### **C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN**

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

Tiene cobertura para los servicios dentales de restauración que figuran en el Apéndice 1, 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 acuerdo con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

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

### **E. SERVICIOS PERIODÓNTICOS**

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

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

### **F. SERVICIOS PROSTODÓNTICOS**

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

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

## **G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL**

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

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

## **H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS**

Los servicios dentales complementarios son servicios auxiliares tales como anestesia durante servicios dentales, blanqueo, protectores bucales, etc.

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

## **I. SERVICIOS DE ORTODONCIA**

Los servicios de ortodoncia son procedimientos que implican enderezar los dientes y el tratamiento de las discrepancias en la relación de la mordedura de los dientes y las mandíbulas. Consulte el Apéndice 1 para ver una lista de los servicios de ortodoncia cubiertos 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 de un Especialista.

# **VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES**

Consulte el Apéndice 1 para ver las limitaciones de los servicios cubiertos y las Exclusiones de los Beneficios de su plan.

## **A. EXCLUSIONES GENERALES**

LIBERTY no cubrirá:

- La atención que recibe de un médico que no está en la red de LIBERTY, a menos que tenga la pre-aprobación de LIBERTY o necesite Atención de Urgencia, y se encuentre fuera del Área de Servicio de LIBERTY.
- La atención que no sea médicamente necesaria.
- Los exámenes que necesita solo para conseguir trabajo, asistir a la escuela, jugar un deporte u obtener una licencia o certificación profesional.
- Los servicios ordenados para usted por un tribunal, a menos que sean médicamente necesarios y estén cubiertos por LIBERTY.
- El costo de copiar sus 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 enumeran en el Apéndice 1.

## **B. CITAS PERDIDAS**

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

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

## **A. TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

### **1. Terminación por pérdida de elegibilidad**

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

## **2. Terminación por incumplimiento de pago de la prima**

Si las Primas no se pagan de acuerdo con este contrato, el contrato será terminado a partir de la medianoche del último día del mes en que recibimos el último pago, sujeto al cumplimiento de requerimientos de aviso y aceptación de LIBERTY Dental Plan. Los Afiliados reciben un período de gracia de al menos 30 días que se extienden desde la última fecha de la cobertura pagada. En caso de que las Primas de se paguen antes de que finalice el período de gracia, la cobertura continuará ininterrumpida bajo el contrato del Plan. Si no se pagan las primas, la cobertura terminará después de la finalización del período de gracia.

La terminación por parte de LIBERTY cumplirá con la Sección 1365(a) del Código de Salud y Seguridad, en su forma enmendada, y cualquier guía o norma asociada que esté vigente en ese momento.

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

Si usted termina su cobertura del Plan mientras el contrato entre usted y LIBERTY Dental Plan está vigente, su Proveedor de Atención Primaria o Especialista deben completar cualquier procedimiento en curso que haya empezado antes de que usted terminara su contrato, y cumplir con los términos y las condiciones del Plan.

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

## **4. Terminación por fraude**

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

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

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

## **B. FECHA EFECTIVA DE LA TERMINACIÓN**

La cobertura puede terminarse, cancelarse o no renovarse después de 15 días desde la fecha de notificación de la terminación, excepto cuando se trate de un fraude o engaño, como se indicó anteriormente, donde entraría en vigor inmediatamente al momento de la notificación.

## **C. DESAFILIACIÓN**

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

## **D. RESCISIÓN**

Rescisión significa que LIBERTY puede cancelar su cobertura como si ésta nunca hubiera existido. LIBERTY puede aplicar la rescisión solo en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales, como presentar intencionalmente información material incompleta o incorrecta en su solicitud de inscripción, que afectaría nuestra decisión de aceptarlo como Miembro cubierto. Tiene el derecho de apelar cualquier decisión de rescindir su membresía. Los procedimientos de apelación le serán proporcionados junto con el aviso de rescisión.

# **IX. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA**

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

## **X. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES**

Si no está satisfecho con su Dentista de Atención Primaria seleccionado, el personal, las instalaciones, la derivación de especialidad, la Autorización Previa, el reclamo o la atención dental que recibe, 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) 703-6999. Los formularios de quejas formales también están disponibles en nuestro sitio web, [www.libertydentalplan.com](http://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) 703-6999, o
- Usando el proceso de presentación de quejas formales en línea a través de nuestro sitio web [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

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

Si no domina el idioma inglés o si tiene una discapacidad visual u otra limitación de comunicación, LIBERTY le ayudará a presentar una Queja Formal. La asistencia puede incluir la traducción de los procedimientos de Queja Formal, los formularios y las respuestas de LIBERTY, y también puede incluir el acceso a intérpretes y a los sistemas de transmisión telefónica para ayudar a las personas con limitaciones para comunicarse.

No será discriminado de ninguna manera por parte de LIBERTY o su proveedor por presentar una Queja Formal.

Puede presentar una Queja Formal dentro de los siguientes 180 días calendario después de cualquier incidente o acción que sea objeto de su insatisfacción.

Los representantes de LIBERTY Dental Plan revisarán el problema con usted y tomarán los pasos apropiados para una resolución rápida. Se le confirmará que hemos recibido su Queja Formal dentro de los siguientes cinco (5) días calendarios después de recibirla. Las Quejas Formales serán resueltas dentro de los siguientes 30 días.

**Quejas Formales exentas de acuse de recibo y respuesta por escrito:** En algunos casos, las Quejas Formales que se reciben por teléfono, fax, correo electrónico o a través de un sitio web que no son disputas de cobertura, o que no implican una Necesidad Dental y se resuelven el siguiente día hábil, no requieren un acuse de recibo o respuesta por escrito. En estos casos, será contactado por el mismo método por el cual usted presentó la Queja Formal, o por el que se habló con usted en el momento de 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 **1-888-703-6999** y utilizar el proceso de quejas de su plan antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso de presentación de Quejas Formales no prohíbe ningún derecho legal

que usted pueda tener o remedios que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja referente a una emergencia, una queja que no haya sido solucionada satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que está sin resolver por más de 30 días, usted puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. También podría ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por el plan de salud con relación a la necesidad médica del propuesto servicio o tratamiento, la decisión de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una **línea TDD (1-877-688-9891)** para las personas con 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 Formales:** Para quejas formales relacionadas con servicios solicitados que fueron negados, demorados o modificados basándose, en su totalidad o en parte, en una constatación de que el servicio de salud propuesto no es un beneficio cubierto, la respuesta indicará el documento, la página y la disposición exactos que se aplicaron para responder a la Queja Formal.

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

**Quejas Formales urgentes:** Para casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo, entre otros, dolor intenso, 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 Formal, o antes, en base a la condición. En caso de Quejas Formales urgentes, a usted no se le requiere esperar la determinación de LIBERTY antes de acceder al DMHC, como se indicó anteriormente.

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

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

Cualquier información adicional se procesará como una nueva queja formal.

## **B. MEDIACIÓN**

También puede solicitar una mediación voluntaria con LIBERTY antes de ejercer su derecho de presentar una Queja Formal ante el DMHC. El uso de la mediación no descarta su derecho de presentar una Queja Formal al DMHC después de finalizar la mediación. Para iniciar la mediación, usted o su agente deben aceptar voluntariamente el proceso de mediación. Los gastos de la mediación se dividirán en partes iguales entre usted y LIBERTY.

## **C. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)**

En casos donde se 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 888-703-6999 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 comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud llamando al (888) HMO-2219 o visitando su página de Internet en: <http://www.hmohelp.ca.gov>. La Revisión Médica Independiente solo está disponible para ciertos servicios médicos.

## **D. ARBITRAJE**

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

## **XI. OTRAS DISPOSICIONES**

### **A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Como Miembro con cobertura, siempre recibirá sus beneficios de LIBERTY. LIBERTY no considera su Plan Individual como secundario a cualquier otra cobertura que pueda tener. Usted tiene el derecho de recibir los beneficios como se indica en esta Evidencia de Cobertura, más allá de cualquier otra cobertura adicional que pueda tener.

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

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

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

Si desea participar en el Comité de 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) 703-6999, o comuníquese con el Departamento de Control de Calidad al correo electrónico [qm@libertydentalplan.com](mailto:qm@libertydentalplan.com).

### **D. NO DISCRIMINACIÓN**

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

### **E. PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES**

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

### **F. 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 se convierta en la oportunidad de hacerlo. Puede obtener más información sobre la donación de órganos en <http://donatelife.net/>

### **G. ASISTENCIA DE IDIOMAS**

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

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

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

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

Servicios para Miembros 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) 703-6999.

### **I. 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 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 el curso de su tratamiento.
- Recibir información sobre un Proveedor.
- Recibir información sobre los servicios, Beneficios y el proceso de derivación a Especialistas de la organización.

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

#### **J. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Como Miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Pagar la Prima de su cobertura a tiempo.
- Identificarse como Miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame o visite a su Consultorio Dental seleccionado.
- Tratar al Dentista de Atención Primaria, al personal de la oficina y al personal de LIBERTY Dental Plan con respeto y cortesía.
- Mantener sus citas programadas o comunicarse con el consultorio dental, con al menos veinticuatro (24) horas de anticipación, para cancelar una cita.
- Cooperar con el Dentista de Atención Primaria en seguir el curso de tratamiento recetado
- Hacer sus copagos al momento de recibir el servicio.
- Informar a LIBERTY Dental Plan de cambios en el estado de su familia.
- Estar al tanto de y seguir las pautas de la organización al solicitar atención dental.

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

P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110

(888) 703-6999



**Apéndice 1:  
LISTA DE BENEFICIOS  
SERVICIOS CUBIERTOS**

Consulte la lista de beneficios que le entregaron en el momento de la inscripción. También puede obtener una comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros llamando gratis al (888) 703-6999, de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm, hora estándar del Pacífico.

## Apéndice 2:

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

| Prima anual             | CA 50/500 Plan |          | CA 80/800 Plan |          |
|-------------------------|----------------|----------|----------------|----------|
|                         | General        | 65+      | General        | 65+      |
| <b>Miembro</b>          | \$279.51       | \$253.56 | \$160.02       | \$146.02 |
| <b>Miembro + 1</b>      | \$455.73       | \$412.16 | \$199.54       | \$181.59 |
| <b>Miembro +2 o más</b> | \$666.44       | \$601.79 | \$267.05       | \$242.34 |

La Prima anual debe pagarse en su totalidad al momento de la compra. El Copago es la cantidad que paga a su dentista por el procedimiento dental realizado.