

## FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES PARA MIEMBROS – NEVADA

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

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

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

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

***Las apelaciones deben presentarse dentro de los 60 días a partir de la fecha de su Notificación de Acción (NOA)***

***Las quejas formales se pueden presentar en cualquier momento.***

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-609-0418**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si tiene dificultades con la audición o el habla, llame al **1-800-952-8349**. Si necesita un intérprete, le conseguiremos uno sin costo alguno. Usted o alguien a quien autorice tiene derecho a revisar el archivo de su caso en cualquier momento. Le proporcionaremos copias sin costo alguno.

### RESUMEN DE LA QUEJA FORMAL O APELACIÓN

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

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

Firma del miembro

Fecha

### ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO A:

Enviar por correo a:  
**LIBERTY Dental Plan of Nevada  
Grievances and Appeals Department  
P.O. Box 401086  
Las Vegas, NV 89140**

- Por fax al Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY al **1-833-250-1814**
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al: **1-866-609-0418**, o TTY: **1-877-855-8039**
- Electrónicamente usando el proceso de presentación de quejas formales en línea a través de nuestro sitio web [www.libertydentalplan.com/NVMedicaid](http://www.libertydentalplan.com/NVMedicaid).
- Envíenos un correo electrónico a: [NVGandA@libertydentalplan.com](mailto:NVGandA@libertydentalplan.com)

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

Recibirá una resolución por escrito de su queja formal o apelación dentro de los siguientes 30 días calendario después de que LIBERTY la reciba.

Puede solicitar una copia de sus registros asociados con su queja formal o apelación activa por escrito a LIBERTY en la dirección que se indica anteriormente.