



## FORMULARIO ESCRITO DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES DE MIEMBROS - CALIFORNIA.

Utilice este formulario para presentar una queja formal o apelación ante Liberty Dental Plan (Liberty). También puede utilizarlo para proporcionar más información a Liberty, a fin de ayudarnos a revisar su caso.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (LETRA IMPRENTA)			
<i>Apellido del miembro</i>	<i>Nombre del miembro</i>	<i>Fecha de hoy</i>	
<i>Dirección del miembro</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
<i>Número de teléfono del miembro</i>	<i>Número de identificación del miembro (ver tarjeta de identificación)</i>		
<i>Empleador o grupo</i>	<i>Nombre del paciente</i>	<i>Relación</i>	
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO, SI APLICA (LETRA IMPRENTA)			
<b>Autorizo a Liberty Dental Plan que permita que la siguiente persona actúe en mi nombre durante el proceso de queja formal/apelación.</b>			
<i>Apellido del representante</i>	<i>Nombre del representante</i>	<i>Número de teléfono del representante</i>	
<i>Firma del representante</i>	<i>Firma del miembro</i>		
INFORMACIÓN DEL CONSULTORIO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN DENTAL (LETRA IMPRENTA)			
<b>Autorizo a Liberty Dental Plan a solicitar mi información, incluidos los historiales médicos y radiografías, si corresponde, al siguiente consultorio:</b>			
<i>Número del consultorio</i>	<i>Nombre del consultorio dental</i>	<i>Fecha de la última consulta</i>	
<i>Dirección del consultorio dental</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
<i>Número de teléfono del consultorio dental</i>	<i>Nombre del personal del consultorio dental involucrado (si se conoce)</i>		

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

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

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

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

### RESUMEN DE LA QUEJA FORMAL O APELACIÓN

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

--

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

--

**Firma del miembro**

**Fecha**

### ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO A:

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

- Por fax al Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de Liberty al **833-250-1814**
- Por teléfono al Departamento de Servicios para Miembros de Liberty al **888-703-6999**, o TTY **(877) 855-8039**
- De manera electrónica, mediante el proceso de presentación de quejas formales en línea en nuestro sitio web [www.libertydentalplan.com](http://www.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 estándar dentro de los siguientes **30 días calendario** después de que Liberty la reciba.

## **REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)/REVISIÓN EXTERNA**

El párrafo siguiente le proporciona información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente ante el DMHC. Tenga en cuenta que el término queja formal se refiere tanto a quejas como a apelaciones:

“El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **888-703-6999/TTY: 877-855-8039** y utilizar el proceso de quejas formales de su Plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este proceso de queja formal no le prohíbe ningún derecho o recurso legal posible que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja formal que sigue sin resolverse después de más de 30 días, usted puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También es posible que tenga derecho a 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 tomadas por el plan de salud con relación a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidad auditiva o del habla. El sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** incluye formularios para presentar quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.”

### **Proceso de Revisión Médica Independiente (IMR)/Revisión externa**

Tiene 6 meses a partir de cualquier evento que califique para solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada que determine si su caso cumple con las condiciones para una Revisión Médica Independiente (IMR)/Revisión externa. Puede solicitar una IMR/Revisión externa cuando considere que Liberty, o su dentista contratado denegó, modificó o demoró de manera incorrecta los servicios dentales por no ser médicamente necesarios. También puede solicitar una IMR/Revisión externa para los casos en los que recibió atención de urgencia o servicios de emergencia que Liberty denegó por necesidad médica, tratamiento experimental o de investigación, o disputas de pago por servicios de emergencia.