

FORMULARIO POR ESCRITO DE QUEJAS Y APELACIONES PARA MIEMBROS – FLORIDA

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 (EN 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 FUERA APLICABLE (EN LETRA IMPRENTA)		
Doy mi autorización para que LIBERTY Dental Plan permita que la siguiente persona actúe en mi nombre durante el proceso de queja formal/apelaciones		
Apellido del representante	Nombre del representante	Número de teléfono del representante
Firma del representante	Firma del miembro	

INFORMACIÓN DEL CONSULTORIO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN DENTAL (EN LETRA IMPRENTA)				
Autorizo a LIBERTY Dental Plan a solicitar mi información, incluso los historiales médicos y de rayos x, si corresponde, al siguiente consultorio:				
Número de 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(s) 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 Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NABD)

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 **(833) 276-0850**, o TTY **1-877-855-8039**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Hora del Este (ET). Podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno, si lo necesita. Usted o alguien a quien autorice tiene derecho a revisar el archivo de su expediente en cualquier momento. Le proporcionaremos copias sin costo alguno.

RESUMEN DE QUEJA FORMAL O APELACIÓN

Comparte toda la información que tenga sobre su queja formal o apelación. Denos todos los detalles que pueda, incluyendo fechas, nombres y tratamientos si fuera posible. Si es necesario, puede añadir una hoja de papel.

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

Firma

Fecha

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A:

Enviar por correo a
LIBERTY Dental Plan of Florida
Grievances and Appeals
Department
P.O. Box 15149
Tampa, FL 33684

- Por fax al Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY al **(833) 250-1814**
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al **(833) 276-0850**, o TTY **1-877-855-8039**
- De manera electrónica, mediante el proceso de presentación de quejas formales en línea en nuestro sitio web www.libertydentalplan.com/FLMedicaid.
- Envíenos un correo electrónico a: GandA@libertydentalplan.com.

Recibirá una carta para confirmar que hemos recibido su queja formal o apelación dentro de los siguientes tres (3) días calendario después de que LIBERTY la reciba.

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

Recibirá una resolución por escrito de su apelación dentro de los siguientes 20 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.