

PROGRAMA DENTAL FLORIDA MEDICAID DE LIBERTY MANUAL DEL MIEMBRO



¿Tiene preguntas? Visítenos en:
www.libertydentalplan.com/FLMedicaid
Puede llamarnos al: **1-833-276-0850**
TTY 1-877-855-8039

LIBERTY Dental Plan of Florida, Inc.



**Making members shine, one
smile at a time™**

www.libertydentalplan.com

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Ayudas auxiliares

LIBERTY Dental Plan (“LIBERTY”) brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades, y servicios de idioma gratuitos a personas cuya lengua materna no sea el inglés, como por ejemplo:

- Intérpretes calificados, incluido intérpretes de lenguaje de señas
- Información escrita en otros idiomas y formatos, incluido en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. al siguiente teléfono: **1-833-276-0850; TTY 1-877-855-8039.**

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. LIBERTY cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

LIBERTY brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades, y servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como por ejemplo:

- Intérpretes calificados, incluso intérpretes del lenguaje de señas
- Información escrita en otros idiomas y formatos, incluso en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al **1-833-276-0850; 1-877-855-8039 TTY.**

LIBERTY offre des matériels et services d'assistance aux personnes handicapées et des services gratuits d'interprétation et de traduction aux personnes dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, notamment des services:

- d'interprètes, y compris des services d'interprètes de langage gestuel
- d'information écrite dans d'autres langues et formats, y compris des services d'impression en gros caractères, des services audio, des services en formats électroniques d'accessibilité, etc.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Si vous avez besoin de ces services, veuillez communiquer avec nous au **1-833-276-0850** ou par télécopieur (TTY) au **1-877-855-803**

LIBERTY ofri moun ki gen andikap sèvis epi èd ki gratis, epi li ofri moun ki pa gen anglè kòm lang manman yo sèvis lang gratis tankou:

- Entèprèt kalifye, kòm entèprèt pou lang siy.
- Enfòmasyon ekri nan lòt lang ak sou lòt fòm, tankou lèt laj, odyo, fòm ki aksesib elektwonikman, etc.

Si w bezwen sèvis sa yo, tanpri sonnen nou nan nimewo **1-833-276-0850; 1-877-855-8039 TTY**.

LIBERTY fornisce assistenza e servizi gratuiti alle persone con disabilità e servizi linguistici gratuiti alle persone che abitualmente utilizzano una lingua diversa dall'inglese, ad esempio:

- Interpreti qualificati, inclusi quelli specializzati nella lingua dei segni.
- Informazioni scritte in altre lingue e in altri formati, quali stampa a caratteri grandi, audio, formati elettronici accessibili, ecc.

Se hai bisogno di questi servizi, contattaci ai seguenti numeri: **1-833-276-0850; 1-877-855-8039 (TELESCRIVENTE)**.

Компания LIBERTY предоставляет бесплатные специализированные материалы и услуги лицам с ограниченными возможностями здоровья и бесплатные услуги перевода тем, для кого английский не является основным языком общения, в том числе:

- услуги квалифицированных переводчиков и сурдопереводчиков;
- письменную информацию на других языках и в других форматах (напечатанную крупным шрифтом, в виде аудиозаписи, в доступных электронных форматах и др.)

Если вы нуждаетесь в данных услугах, обращайтесь к нам по телефону **1-833-276-0850; линия TTY: 1-877-855-8039**.

Si usted considera que LIBERTY no ha brindado estos servicios o ha discriminado por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con el Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY:

- **Teléfono:** **1-888-704-9833**
- **TTY:** **1-800-735-2929**
- **Fax:** **1-888-273-2718**
- **Correo electrónico:** **compliance@libertydentalplan.com**
- **En línea:** **<https://www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY-Dental/Compliance/Contact-Compliance.aspx>**

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY está a su disposición para ayudarle. También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

"If you do not speak English, call us at **1-833-276-0850; 1-877-855-8039 TTY**. We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language."

Spanish: Si usted no habla inglés, llámenos al **1-833-276-0850; 1-877-855-8039 TTY**. Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

French: Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous **1-833-276-0850; 1-877-855-8039 TTY**. Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Haitian Creole: Si ou pa pale lang Anglè, rele nou **1-833-276-0850; 1-877-855-8039 TTY**. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a."

Italian: "Se non parli inglese chiamaci al **1-833-276-0850; 1-877-855-8039 TTY**. Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua."

Russian: «Если вы не разговариваете по-английски, позвоните нам по номеру **1-833-276-0850; 1-877-855-8039 TTY**. У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке».

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Esta información está disponible de forma gratuita en otros formatos. Comuníquese con nuestro número de servicio al cliente al 1-833-276-0850 o TTY/TTD al 1-877-855-8039, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este (ET).

Información de contacto importante

Usted puede contactar	Dónde	Horario
Línea de ayuda para miembros TTY	1-877-855-8039	Disponible las 24 horas
Sitio web	www.libertydentalplan.com/FLMedicaid	Disponible las 24 horas
Dirección del consultorio	7870 Woodland Center Blvd. Tampa, FL 33614	Lunes a viernes 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Número de teléfono del consultorio	1-833-276-0850	Lunes a viernes 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Línea de ayuda para miembros	1-833-276-0850
Línea de ayuda para miembros TTY	1-877-855-8039
Para denunciar casos sospechosos de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) TTY: 711 o 1-800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline
Para elegibilidad de Medicaid	1-866-762-2237 TTY: 711 o 1-800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/medicaid
Para denunciar fraude y/o abuso de Medicaid	1-888-419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/
Para presentar una queja sobre un centro de atención médica	1-888-419-3450 http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml
Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	1-877-254-1055 1-239-338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Para presentar una queja sobre los servicios de Medicaid	1-877-254-1055 TDD: 1-866-467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para encontrar información sobre atención de urgencias (después del horario de oficina)	1-833-276-0850 (TTY 1-877-855-8039)
Para una emergencia	9-1-1 O diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Bienvenido a LIBERTY Dental Plan	8
Sección 1: Su tarjeta de identificación dental del plan de salud (tarjeta de identificación).....	8
Sección 2: Su privacidad	9
Sección 3: Cómo obtener ayuda de Servicios para Miembros.....	10
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?	10
Sección 5: Cuando cambia su información	11
Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid.....	11
Sección 7: Inscripción en nuestro Plan	12
Sección 8: Retirarse de nuestro plan (desafiliación)	12
Sección 9: Cómo administrar su atención	13
Sección 10: Cómo acceder a los servicios	14
Sección 11: Información importante sobre sus beneficios	16
Sección 12: Los beneficios de su Plan: Servicios dentales	20
Los beneficios de su Plan: Beneficios ampliados.....	26
Sección 13: Satisfacción del miembro	29
Sección 14: Sus derechos como afiliado	32
Sección 15: Sus responsabilidades como afiliado	33
Sección 16: Otra información importante.....	34
Sección 17: Recursos adicionales	36
Sección 18: Formularios.....	37

Bienvenido a LIBERTY Dental Plan

LIBERTY Dental Plan (LIBERTY) tiene un contrato con la Agencia de Florida para la Administración de Atención Médica para proporcionar servicios dentales a personas que cuentan con Medicaid. Esto se llama **Florida Dental Health Program (DHP)**. Usted está inscrito en nuestro plan de salud dental. Esto significa que le ofreceremos servicios dentales de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores dentales para ayudarlo a satisfacer sus necesidades dentales.

Este manual es una guía para todos los servicios dentales disponibles para usted. Puede hacernos cualquier pregunta o recibir ayuda para programar una cita. Si necesita hablar con nosotros, solo llámenos al **1-833-276-0850** o **TTY: 1-877-855-8039**.

Sección 1: Su tarjeta de identificación dental del plan de salud (tarjeta de identificación)

Debería haber recibido su tarjeta de identificación dental por correo. Llámenos si no ha recibido su tarjeta o si la información en su tarjeta es incorrecta. Cada miembro de su familia en nuestro plan debe tener su propia tarjeta de identificación dental.

Lleve consigo su tarjeta de identificación dental en todo momento y muéstrela cada vez que acuda a una cita dental. Nunca entregue su tarjeta de identificación dental a nadie más para que la use. Si pierde o le roban su tarjeta de identificación dental, llámenos para que podamos darle una nueva.

Su tarjeta de identificación dental se verá así:



¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

For dental emergencies, call your primary care dentist. If you can't reach your dentist, call LIBERTY for help. Following an emergency department (ER) visit, you or ER staff may contact LIBERTY at the toll-free number below to request prior-authorization of post-emergency dental treatment to stabilize your condition. Authorization decisions will be provided within 1-hour of the request. Please refer to your Member Handbook for your covered dental services.

LIBERTY Dental Plan Member Services:.....1-833-276-0850

TTY:.....1-877-855-8039

Provider Toll-Free Line:.....1-833-276-0851

Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (ET)

LIBERTY Dental Plan of Florida PO Box 15149, Tampa, FL 33684-5149

Sección 2: Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos cuando se trata de proteger su información médica, como su nombre, número de identificación del Plan, raza, origen étnico y otros detalles que lo identifiquen. No compartiremos ninguna información médica sobre usted que no esté permitida por ley.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Nuestras políticas de protección de privacidad son:

Una declaración que describe las políticas y procedimientos de LIBERTY para mantener la confidencialidad de los registros dentales está disponible y se le proporcionará cuando la solicite.

De acuerdo con la ley, este aviso describe sus derechos, nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de la Información Médica Personal (PHI). Este aviso también describe la forma en que podemos recolectar, usar y divulgar su PHI. Debemos cumplir con las disposiciones del aviso que se encuentra actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de hacer modificaciones a este aviso periódicamente y hacerlo efectivo para toda la PHI que mantenemos. Puede encontrar nuestro aviso de privacidad más actual en nuestro sitio web en <https://www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY-Dental/Compliance/Privacy-Policy.aspx>.

Llame a nuestros Servicios para Miembros al **1-833-276-0850** o **TTY 1-877-855-8039** para solicitar una copia escrita de este aviso.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Sección 3: Cómo obtener ayuda de Servicios para Miembros

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarlo a elegir o cambiar su Proveedor Dental Primario (PDP), averiguar si un servicio está cubierto, obtener derivaciones, encontrar un proveedor, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, ayudarlo a actualizar su dirección y explicar cualquier cambio que pueda afectar los beneficios de usted o de su familia.

Cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros

Puede llamarnos al **1-833-276-0850** o **TTY 1-877-855-8039**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., con excepción de los feriados aprobados por el Estado (como Navidad y el Día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación para que podamos ayudarlo. (Si pierde su tarjeta de identificación o si se la roban, llame a Servicios para Miembros).

Cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros luego del horario de oficina

Nuestro personal y dentistas están disponibles las 24 horas del día, los 7 días a la semana en los números **1-833-276-0850** o **TTY 1-877-855-8039**.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si no habla inglés, podemos ayudarlo. Contamos con personas que nos ayudan a hablar con usted en su idioma. Proporcionamos esta ayuda de manera gratuita.

Para personas con discapacidad: Si usa una silla de ruedas, es invidente o tiene problemas para escuchar o entender, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor cuenta con acceso para sillas de ruedas o tiene dispositivos para comunicarse. Asimismo, tenemos servicios como:

- Florida Relay. Llame al **711** para recibir asistencia para comunicarse con usuarios de teléfonos estándar (de voz).
- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas que tienen problemas para escuchar o hablar o para hacer llamadas telefónicas. Llame al **1-877-855-8039** y bríndeles nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros. Es el **1-833-276-0850**. Ellos lo pondrán en contacto con nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido); y braille
- Ayuda para programar o acudir a las citas.
- Nombres y direcciones de los proveedores que se especializan en su discapacidad

Todos estos servicios son gratuitos.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Sección 5: Cuando cambia su información

Si cambia alguna parte de su información personal, háganoslo saber lo antes posible. Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros. Es necesario que podamos comunicarnos con usted respecto a sus necesidades de atención médica.

El Departamento de Niños y Familias del Estado de Florida (DCF) también necesita saber cuándo cambia su nombre, dirección, condado o teléfono. Llame a la línea gratuita del DCF al 1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. También puede conectarse en línea y hacer los cambios en su cuenta de Conexión Comunitaria Automatizada para Autosuficiencia Económica (ACCESS) en <https://dcf-access.dcf.state.fl.us/access/index.do>. También puede comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar sobre cualquier cambio. Llame a al número gratuito de la SSA al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. También puede comunicarse con su oficina local del Seguro Social o conectarse en línea y hacer cambios en su cuenta *my* Social Security en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid

Para poder acudir a sus citas dentales y para que LIBERTY pague por sus servicios, tiene que estar cubierto por Medicaid e inscribirse en nuestro plan. A esto se le llama tener **elegibilidad para Medicaid**. El DCF decide si alguien califica para Medicaid.

A veces pueden haber cambios en su vida, y estos cambios pueden afectar si usted puede o no tener Medicaid. Es muy importante asegurarse de que tiene Medicaid antes de acudir a cualquier cita. El hecho de que tenga una tarjeta de identificación del plan no significa que aún tenga Medicaid. ¡No se preocupe! Si considera que su Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta sobre su Medicaid, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudar a verificarlo.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid

Si pierde su Medicaid y lo recupera dentro de los **180 días**, usted será reincorporado en nuestro plan.

Si tiene Medicare

Si tiene Medicare, continúe usando su tarjeta de identificación de Medicare cuando necesite servicios médicos (como ir al médico o al hospital), pero también entregue al proveedor su tarjeta de identificación del plan de Medicaid.

Si va a tener un bebé

Si tiene un bebé, él o ella estará cubierto por nosotros desde la fecha de su nacimiento. Llame a Servicios para Miembros para informarnos que su bebé ha nacido y le ayudaremos a asegurarnos de que su bebé esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Es útil si nos informa que está embarazada **antes** de que nazca su bebé para asegurarnos de que su bebé tenga Medicaid. Llame al número gratuito del DCF al **1-866-762-2237** mientras esté embarazada. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el día de su nacimiento. Ellos le darán un número de Medicaid para su bebé. Háganos saber el número de Medicaid del bebé cuando lo reciba.

Sección 7: Inscripción en nuestro Plan

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, usted tiene **120 días** para probarlo. Si por alguna razón no le gusta, puede inscribirse en otro plan dental. Una vez que hayan pasado esos **120 días**, estará inscrito en nuestro plan durante el resto del año. A esto se le llama estar **bloqueado** dentro de un plan. Cada año que tenga Medicaid y esté en el programa dental, tendrá un período de inscripción abierta.

Inscripción abierta

La inscripción abierta es un período que comienza **60 días** antes del final de su año en nuestro plan. El agente de inscripciones del Estado le enviará una carta informándole que puede cambiar de plan si así lo desea. A esto se le llama período **de inscripción abierta**: No tiene que cambiar de planes. Si se retira de nuestro plan y se inscribe en uno nuevo, comenzará con su nuevo plan al final de su año en nuestro plan. Una vez que esté inscrito en el nuevo plan, tendrá otros 60 días para decidir si desea permanecer en ese plan o cambiarse a uno nuevo antes de que esté bloqueado durante todo el año. Puede llamar al agente de inscripción al **1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970)** para cambiar de plan.

Sección 8: Retirarse de nuestro plan (desafiliación)

Retirarse de un plan se llama **desafiliación**. Si desea retirarse de nuestro plan mientras está bloqueado, debe llamar al agente de inscripciones del Estado. Por ley, las personas no pueden retirarse o cambiar de plan mientras están bloqueados, excepto por razones muy especiales. El agente de inscripciones le hablará acerca de por qué quiere retirarse del plan. Asimismo, le informará si la razón que indicó le permite cambiar de plan.

Puede retirarse de nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como motivos de **causa justificada para la desafiliación**)¹:

- En este momento, está recibiendo atención de un proveedor que no forma parte de nuestro plan, pero es parte de otro plan de salud.
- No cubrimos un servicio por razones morales o religiosas.
- Es un indio americano o nativo de Alaska.

¹ Para ver la lista completa de motivos de causa justificada para la desafiliación, consulte la Regla administrativa de Florida 59G-8.600:
https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED_CARE&ID=59G-8.600

También puede retirarse de nuestro plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de apelación²:

- Usted recibe una atención de mala calidad y la Agencia para la Administración de Atención Médica está de acuerdo con usted después de haber revisado sus registros médicos.
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero puede obtener los servicios que necesita a través de otro plan.
- Sus servicios se retrasaron sin un motivo suficiente.

Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan, llame a Servicios para Miembros o al agente de inscripciones del Estado al **1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970)**.

Eliminación de nuestro plan (Desafiliación involuntaria)

La Agencia para la Administración de Atención Médica puede retirarlo de nuestro plan (y algunas veces del programa SMMC por completo) por ciertas razones. A esto se le llama **desafiliación involuntaria**. Estas razones incluyen:

- Si ha perdido su Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de funcionamiento o fuera del Estado de Florida.
- Si usa incorrectamente su tarjeta de identificación del plan o deja que otra persona la use.
- Si falsifica prescripciones.
- Si usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulte brindarle atención.

Si la Agencia para la Administración de Atención Médica lo retira de nuestro plan porque violó la ley o por su comportamiento, no puede volver al programa SMMC.

Sección 9: Cómo administrar su atención

Si tiene una afección dental que requiere asistencia y coordinaciones adicionales, puede tener un administrador de casos con nosotros. Si tiene una afección o enfermedad médica que requiere apoyo y coordinaciones adicionales, es posible que tenga un administrador de casos con su plan de salud de Medicaid. Si tiene un administrador de casos dentales o un administrador de casos del plan de salud, su administrador de casos puede ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Su administrador de casos puede trabajar con nosotros para coordinar su atención dental con sus otros servicios de

² Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 13, Satisfacción de los miembros, en las páginas 29 a 32.

atención médica. Si tiene un administrador de casos asignado por su plan de salud de Medicaid, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

Consejos sobre cómo prevenir el fraude y el abuso de Medicaid:

- NO comparta información personal, incluido su número de Medicaid, con nadie más que sus proveedores de confianza.
 - Tenga cuidado con cualquier persona que le ofrezca dinero, servicios médicos gratuitos o de bajo costo, o regalos a cambio de su información de Medicaid.
 - LIBERTY y Florida Medicaid no realizan visitas o llamadas a domicilio, como telemarketing o llamadas automáticas, para proporcionar información a los afiliados o beneficiarios de Medicaid.
 - Tenga cuidado con los enlaces incluidos en mensajes de texto o correos electrónicos que no solicitó o en plataformas de redes sociales.
- Revise su declaración de Explicación de los Beneficios de Medicaid (EOMB) para verificar su exactitud prestando mucha atención a los servicios y las fechas enumerados en el resumen médico y verificando si ha recibido esos servicios; devuelva solo aquellos EOMB con servicios enumerados que no recibió.

Informe cualquier actividad sospechosa de fraude o abuso de Medicaid:

- Oficina de Integridad del Programa de Medicaid de la Agencia de Florida para la Administración de Atención Médica en línea en:
<https://apps.ahca.myflorida.com/mpj-complaintform>.
- Oficina del Fiscal General de Florida, denuncia de fraudes en línea en
<http://myfloridalegal.com>.

Sección 10: Cómo acceder a los servicios

Antes de que reciba un servicio o acuda a alguna cita dental, debemos asegurarnos de que usted necesite el servicio y que sea médicamente adecuado para usted. A esto se le llama **autorización previa**. Para hacer esto, examinamos su historial médico y la información de su dentista, médico u otros proveedores de atención de la salud. Luego decidiremos si ese servicio puede ayudarle. Usamos las reglas de la Agencia para la Administración de la Atención Médica para tomar estas decisiones.

Cómo continuar con su atención

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, es posible que ya esté recibiendo servicios de uno o más proveedores. Nos aseguraremos de que siga recibiendo la atención que le brindan sus proveedores. Puede seguir recibiendo su atención de ese proveedor hasta por **120 días**.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Antes de los **120** días, su proveedor debe consultarnos para seguir brindándole sus servicios. Si su proveedor no está en nuestro plan, le ayudaremos a encontrar un nuevo proveedor que esté en nuestro plan, programar una cita y transferir sus registros médicos al nuevo proveedor. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

Proveedores en nuestro plan

Por lo general, debe utilizar dentistas y otros proveedores dentales que se encuentran en nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es el grupo de dentistas y otros proveedores dentales con los que trabajamos. Puede elegir entre cualquier proveedor en nuestra red de proveedores. A esto se le llama **libertad de elección**. Si utiliza un proveedor dental que no está en nuestra red, es posible que deba pagar esa cita o servicio.

Encontrará una lista de proveedores que están en nuestra red en nuestro directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, llame al **1-833-276-0850** o TTY **1-877-855-8039** para obtener una copia o visite nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com/FLMedicaid.

Proveedores que no están en nuestro plan

En ocasiones, puede obtener servicios de proveedores que no están en nuestro plan. Si necesita un servicio y no podemos encontrar un proveedor en nuestro plan para estos servicios, le ayudaremos a encontrar otro proveedor que no esté en nuestro plan. Recuerde consultar con nosotros antes de utilizar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

Cuando pagamos por sus servicios

Cubriremos la mayoría de sus servicios dentales, pero su plan de salud puede cubrir algunos servicios. La siguiente tabla le ayudará a decidir qué plan paga un servicio.

Tipos de servicios dentales:	Cobertura del Plan Dental:	Cobertura del Plan Médico:
Servicios dentales	Cubierto cuando consulte con su dentista o higienista dental.	Cubierto cuando consulte con su doctor o enfermera.
Servicios dentales programados en un hospital o centro de cirugía.	Cubierto para servicios dentales por su dentista.	Cubierto para médicos, enfermeras, hospitales y centros de cirugía.
Consulta hospitalaria por algún problema dental.	<i>Sin cobertura</i>	Con cobertura
Medicamentos recetados para una consulta o problema dental.	<i>Sin cobertura</i>	Con cobertura
Transporte a su servicio o cita dental.	<i>Sin cobertura</i>	Con cobertura

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

¿Qué tengo que pagar?

Es posible que tenga que pagar por citas o servicios dentales que no están cubiertos. Un **servicio cubierto** es un servicio que tenemos que proporcionar en el programa de Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. Recuerde, solo porque un servicio está cubierto, no significa que lo necesitará. Es posible que deba pagar por los servicios si no lo aprobamos primero.

Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para Miembros. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Le ayudaremos.

Servicios para niños³

Debemos proporcionar todos los servicios dentales médicamente necesarios para nuestros miembros que tengan entre 0 y 20 años de edad. Esa es la ley. Esto es cierto incluso si no cubrimos un servicio o el servicio tiene un límite. Mientras los servicios dentales de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios dentales:

- No tienen un límite en dólares; o
- No tienen límites de tiempo, como límites diarios y horarios

Es posible que su proveedor dental deba solicitarnos aprobación antes de brindarle el servicio a su hijo. Llame a Servicios para Miembros si desea saber cómo solicitar estos servicios.

Objeciones religiosas o morales

Si no cubrimos un servicio por razones religiosas o morales, le informaremos que el servicio no está cubierto. En estos casos, debe llamar al agente de inscripciones del Estado al **1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970)**. El agente de inscripciones le ayudará a encontrar un proveedor para dichos servicios.

Sección 11: Información importante sobre sus beneficios Elegir un Proveedor Dental Primario (PDP)

Una de las primeras cosas que deberá hacer cuando se inscriba en nuestro plan es elegir un proveedor dental primario (PDP). Este es un dentista general o dentista pediátrico. Acudirá a su PDP para consultas dentales regulares o cuando tenga un problema dental. Su PDP también le ayudará a obtener atención de otros proveedores o especialistas. A esto se le llama **derivación**. Puede elegir a su PDP llamando a Servicios para Miembros.

Puede elegir un PDP diferente para cada miembro de la familia o puede elegir un PDP para toda la familia. Si no elige un PDP, elegiremos uno para usted y su familia.

³ También conocido como “Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento” o requerimientos “EPSDT”:

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Puede cambiar a su PDP en cualquier momento. Para cambiar su PDP, llame a Servicios para Miembros.

Elegir un PDP para su hijo

Es importante que seleccione un PDP para su hijo, a fin de asegurarse de que se realicen los exámenes dentales de bienestar infantil cada año. Estas visitas son chequeos regulares que ayudan a mantener saludables los dientes de su hijo. Estas visitas pueden ayudar a encontrar problemas y mantener a su hijo saludable.⁴

Puede llevar a su hijo a un dentista o dentista pediátrico.

Atención preventiva

No necesita una derivación para servicios dentales para prevenir problemas dentales y mantener la boca de su hijo saludable. Los servicios dentales para prevenir problemas dentales y mantener la boca de su hijo saludable pueden incluir una revisión de la boca de su hijo por parte de un proveedor dental (exámenes de detección o evaluaciones), limpiezas de dientes y recubrimientos plásticos delgados pintados en las ranuras de los dientes posteriores que usa su hijo para masticar (selladores). Estos servicios son gratuitos.

Atención especializada y derivaciones

A veces, es posible que deba consultar a un proveedor que no sea su PDP para problemas dentales, tales como condiciones especiales, lesiones o enfermedades. Hable con su PDP primero. Su PDP lo derivará a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que se enfoca en un tipo de servicio médico.

Si tiene un administrador de casos, asegúrese de informarle a su administrador de casos sobre sus **derivaciones**. El administrador de casos trabajará con el especialista para obtener su atención.

Segundas opiniones

Tiene derecho a obtener una **segunda opinión** sobre su atención. Esto significa hablar con un proveedor diferente para ver qué tienen que decir sobre su atención. El segundo proveedor le dará su punto de vista. Esto puede ayudarlo a decidir si ciertos servicios o tratamientos son los mejores para usted. Obtener una segunda opinión es gratuito.

⁴ Para obtener más información sobre los exámenes de detección y las evaluaciones que se recomiendan para niños, consulte las “Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva: Programa de periodicidad” en www.aapd.org.

Su PDP, administrador de casos o Servicios para Miembros pueden ayudarlo a encontrar un proveedor para darle una segunda opinión. Puede elegir cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, lo ayudaremos a encontrar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si necesita consultar a un proveedor que no está en nuestra red de proveedores para obtener una segunda opinión, debemos aprobarlo antes de que haga la consulta.

Atención hospitalaria

Si necesita ir al hospital para una cita, cirugía o pernoctación, su PDP lo ayudará a solicitar la aprobación de los servicios dentales. Debemos aprobar los servicios de un proveedor dental en el hospital antes de su visita, excepto en casos de emergencia. No pagaremos los servicios de un proveedor dental en un hospital a menos que los aprobemos con anticipación o sea una emergencia.

Si tiene un administrador de casos, ellos trabajarán con usted y su proveedor dental para obtener los servicios en el lugar para cuando le den de alta hospitalaria.

Atención de emergencia

Usted tiene una **emergencia** dental cuando necesita atención inmediata para detener el sangrado, aliviar el dolor intenso o salvar un diente. Algunos ejemplos:

- Absceso
- Sangrado continuo
- Infección

Los servicios de emergencia son lo que recibe cuando está muy enfermo o lesionado. Estos servicios intentan mantenerlo vivo o evitar que empeore. Por lo general, se brindan en una sala de emergencias.

Si su condición es grave, llame al 911 o acuda al centro de emergencias más cercano de inmediato. Puede ir a cualquier hospital o centro de emergencias. Si no está seguro de que es una emergencia, llame a su PDP. Tu PDP le dirá qué hacer.

Pagamos por los servicios de emergencia que brinda un proveedor dental, incluso si no forman parte de nuestro plan o no están en nuestra área de servicio. Medicaid o su plan de salud de Medicaid paga el costo del hospital o centro de emergencias y cualquier atención que no haya sido brindada por un proveedor dental. Tampoco necesita obtener una aprobación por adelantado para recibir atención de emergencia o para los servicios que recibe en una sala de emergencias para tratar su afección.

Si tiene una emergencia cuando está lejos de su hogar, obtenga la atención médica que necesita. Asegúrese de llamar a Servicios para Miembros cuando pueda y avísenos.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Atención de urgencia

La atención de urgencia no es atención de emergencia. La atención de urgencia es necesaria cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro de las 48 horas. Cuando su salud o su vida generalmente no están en peligro, pero no puede esperar para ver su PDP o es después de que el consultorio de su PDP haya cerrado. Asegúrese de consultarnos antes de utilizar un centro de atención de urgencia, o es posible que deba pagar por esos servicios.

Si necesita atención de urgencia después del horario de oficina y no puede comunicarse con su PDP, llame a nuestro servicio de atención las 24 horas al **1-833-276-0850 O TTY 1-877-855-8039**.

También puede encontrar el centro de atención urgente más cercano a usted buscando en línea o en las páginas amarillas.

Comprando sus medicamentos

No pagamos por los medicamentos recetados. Si su PDP le solicita un medicamento, podemos ayudarlo a obtener dicho medicamento a través de Medicaid o su plan de salud de Medicaid. Si necesita ayuda, puede llamar a Servicios para Miembros.

Programas de recompensa para afiliados

Ofrecemos programas dentales para ayudarlo a mantenerse saludable y llevar una vida más sana. A esto le llamamos **programas de comportamiento saludable**. Puedes ganar recompensas mientras participa en estos programas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas dentales:

Primer diente/primer cumpleaños: Los niños que reciben un chequeo con su dentista primario una vez que les sale su primer diente, entre los 6 y los 12 meses de edad, recibirán una tarjeta de regalo de \$10 para una tienda de artículos para bebés.

Mujeres embarazadas: Las mujeres que reciban un chequeo dental durante el embarazo dentro de los primeros 6 meses de haberse inscrito en LIBERTY recibirán un enjuague bucal gratuito. Las mujeres que reciban un chequeo dental durante los primeros 6 meses de embarazo recibirán una tarjeta de regalo de \$10 para una tienda de artículos para bebés.

Productos alternativos con fluoruro: Los niños pueden recibir productos de Xylitol, como gel dental, después de completar ciertos servicios con su dentista principal.

Servicios prestados en las escuelas: Los niños pueden recibir ciertos servicios dentales en la escuela, como una limpieza. Los niños pueden recibir un libro para colorear, crayones, stickers o una mochila con un kit dental.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Recuerde que las recompensas no pueden ser transferidas. Si abandona nuestro plan por más de **180 días**, es posible que no reciba su recompensa. Si tiene preguntas o desea unirse a alguno de estos programas, llámenos al **1-833-276-0850** o **TTY 1-877-855-8039**.

Programas de mejora de la calidad

Queremos que usted reciba atención médica de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar la atención que recibe. Los programas son:

Teleodontología: Puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-833-276-0850** o **TTY 1-877-855-8039** si tiene preguntas sobre cómo recibir servicios de emergencia a través de teleodontología.

También tiene derecho a informarnos sobre los cambios que considere que deberíamos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para compartir sus ideas, llame a Servicios para Miembros.

Sección 12: Los beneficios de su Plan: Servicios dentales

La siguiente tabla enumera los servicios dentales que cubrimos. Recuerde, es posible que necesite una derivación de su médico, dentista o nuestra aprobación antes de acudir a una cita o usar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que podamos pagarlos⁵. Es posible que tenga un copago de \$3 por día para una consulta dental que no sea de emergencia en un centro de salud calificado por el gobierno federal.

Si hay cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que lo afectarán, se lo notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos, llame a Servicios para Miembros al **1-833-276-0850** o **TTY 1-877-855-8039**.

⁵ Puede encontrar la definición de necesidad médica en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones		Autorización previa
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
Exámenes dentales	Una revisión de su diente, dientes o boca por un dentista.	<ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes completos están cubiertos 1 vez cada 3 años. • Los exámenes de control están cubiertos 2 veces al año. • Los exámenes de emergencia están cubiertos según sean médicamente necesarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes completos para dentaduras están cubiertos 1 vez cada 3 años. • Los exámenes de emergencia están cubiertos según sean médicamente necesarios. 	
Exámenes dentales	Una revisión de su boca por un higienista dental.	<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto 2 veces al año. • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Radiografías dentales	Imágenes internas de los dientes con diferentes puntos de vista.	Todos los tipos de radiografías dentales están cubiertos.	<p>Solo algunos tipos de radiografías dentales están cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 serie de radiografías de boca completa cada 3 años. - 1 vista de toda la boca (radiografía panorámica) 	

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones		Autorización previa
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
			<p>cada 5 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otras radiografías de un solo diente según sea necesario. 	
Limpiezas dentales	Limpiezas básicas que pueden incluir cepillado, uso de hilo dental, lavado y pulido de dientes	<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto 2 veces al año. • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Flúor	Un medicamento aplicado en los dientes para hacerlos más fuertes.	<ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de flúor está cubierta: <ul style="list-style-type: none"> - 4 veces al año para niños de 0 a 5 años. - 2 veces al año para niños de 6 a 20 años. • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Selladores	Recubrimientos de plástico delgados pintados en las ranuras de los dientes de la superficie para masticar, a fin	<ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos los selladores 1 vez cada 3 años por cada diente que se emplea para masticar 		

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones		Autorización previa
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
	de prevenir las caries.	(posterior) de un adulto <ul style="list-style-type: none"> • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Instrucciones de salud bucal	Educación sobre cómo cepillarse los dientes, usar hilo dental y mantener sus dientes saludables.	<ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos las instrucciones de salud bucal 2 veces al año. • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Espaciadores	Una forma de mantener el espacio en la boca cuando se extrae o falta un diente.	Cubierto según sea médicamente necesario.		
Empastes y coronas	Un servicio dental para arreglar los dientes.	Cubierto según sea médicamente necesario.		
Conductos radiculares	Un servicio dental para arreglar la parte interna de un diente (nervio).	Cubierto según sea médicamente necesario.		
Periodontología	Limpiezas profundas que pueden involucrar dientes y encías.	Cubierto según sea médicamente necesario.		

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones		Autorización previa
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
Prostodoncia	Dentaduras u otros tipos de objetos para reemplazar los dientes.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dentadura superior, 1 dentadura inferior o 1 juego de dentaduras completas. • 1 dentadura superior, 1 dentadura inferior o 1 juego de dentaduras parciales. • 1 placa de soporte para reemplazar los dientes frontales. • 1 mejora para el ajuste y la comodidad de la prótesis (realineación) por cada dentadura cada año. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dentadura superior, 1 dentadura inferior o 1 juego de dentaduras completas. • 1 dentadura superior, 1 dentadura inferior o 1 juego de dentaduras parciales. • 1 mejora para el ajuste y la comodidad de la prótesis (realineación) por cada dentadura cada año. 	Solicítenos aprobación antes de ir a una cita para recibir estos servicios.
Ortodoncia	Frenillos u otras formas de corregir la ubicación de los dientes.	Cubierto según sea médicamente necesario.		Solicítenos aprobación antes de ir a una cita para recibir estos servicios.
Extracciones	Extracción de dientes	Cubierto según sea médicamente necesario.	Cubierto según sea médicamente necesario.	
Sedación	Una forma de proporcionar servicios dentales cuando un paciente está	Cubierto según sea médicamente necesario.	Cubierto según sea médicamente necesario.	

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones		Autorización previa
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
	dormido o parcialmente dormido.			
Centro de cirugía ambulatoria o servicios dentales en el hospital	Servicios dentales que no se pueden realizar en un consultorio dental. Estos son servicios que necesitan ser provistos con diferentes equipos y posiblemente diferentes proveedores.	Cubierto según sea médicamente necesario para cualquier servicio dental necesario.	Cubierto según sea médicamente necesario para extracciones.	Solicítenos aprobación antes de ir a una cita para recibir estos servicios.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Los beneficios de su Plan: Beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le proporcionamos, sin cargo alguno. Llame a Servicios para Miembros para preguntar acerca de cómo obtener beneficios ampliados. Estos servicios adicionales se brindan a adultos mayores de 21 años. Para las mujeres embarazadas que tienen 21 años o más, es posible que haya más servicios disponibles para garantizar un embarazo saludable.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones		Autorización previa
		Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	Servicios adicionales para adultas embarazadas (mayores de 21 años) LIBERTY	
Exámenes dentales	Una revisión de su diente, dientes o boca por un dentista.	<ul style="list-style-type: none"> Los exámenes completos están cubiertos 1 vez cada 3 años. Los exámenes de control están cubiertos 2 veces al año. 	Los exámenes dentales adicionales están cubiertos según sean médicamente necesarios.	
Exámenes dentales	Una revisión de su boca por un higienista dental.	Cubierto 2 veces al año.	Los exámenes dentales adicionales están cubiertos según sean médicamente necesarios.	
Radiografías dentales	Imágenes internas de los dientes con diferentes puntos de vista.	Todos los tipos de radiografías dentales están cubiertos.	Las radiografías dentales adicionales están cubiertas según sean médicamente necesarias.	
Limpiezas dentales	Limpiezas básicas que pueden incluir	Cubierto 2 veces al año.	Las limpiezas dentales adicionales están	

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones		Autorización previa
		Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	Servicios adicionales para adultas embarazadas (mayores de 21 años) LIBERTY	
	cepillado, uso de hilo dental, lavado y pulido de dientes		cubiertas según sean médicamente necesarias.	
Flúor	Un medicamento aplicado en los dientes para hacerlos más fuertes.	Cubierto 2 veces al año.	El fluoruro adicional está cubierto según sea médicamente necesario.	
Selladores	Recubrimientos de plástico delgados pintados en las ranuras de los dientes de la superficie para masticar, a fin de prevenir las caries.	Cubierto 1 vez cada 3 años por cada diente que se emplea para masticar (posterior) de un adulto.		
Instrucciones de salud bucal	Educación sobre cómo cepillarse los dientes, usar hilo dental y mantener sus dientes saludables.	Cubierto 2 veces al año.	Las instrucciones adicionales de salud bucal están cubiertas según sean medicamentos necesarios.	
Empastes	Un servicio dental para arreglar los dientes.	Algunos servicios de empastes están cubiertos para dientes delanteros y posteriores (de masticación)		

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones		Autorización previa
		Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	Servicios adicionales para adultas embarazadas (mayores de 21 años) LIBERTY	
		según sea médicamente necesario.		
Periodontología	Limpiezas profundas que pueden involucrar dientes y encías.	Algunos servicios de limpieza profunda están cubiertos según sean médicamente necesarios.	Las limpiezas profundas adicionales están cubiertas según sean médicamente necesarias.	
Extracciones	Extracción de dientes	Cubierto según sea médicamente necesario.		
Servicios generales	Consultas dentales para visitar a un dentista, a fin de obtener una opinión y un tratamiento para el dolor dental.	Cubierto según sea médicamente necesario.	Algunos servicios generales están cubiertos según sean médicamente necesarios.	
Pruebas de diabetes	Pruebas de diabetes en un consultorio dental.	Cubierto 1 vez al año.		
Visita al consultorio dental para personas con discapacidades	Una visita al consultorio dental para sentirse cómodo con el consultorio y el dentista antes de realizar el trabajo dental.	Cubierto para personas con discapacidad intelectual 1 vez por cada nuevo consultorio dental o dentista.		

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Sección 13: Satisfacción del miembro
Quejas, Quejas formales, y Apelaciones al Plan

Queremos que esté satisfecho con nosotros y con la atención que recibe de nuestros proveedores. Háganos saber de inmediato si en algún momento no está satisfecho con algo sobre nosotros o nuestros proveedores. Esto incluye si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

	Lo que puede hacer:	Lo que haremos:
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja.	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llamarnos en cualquier momento al 1-833-276-0850 TTY 1-877-855-8039 	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intentaremos resolver su problema dentro de un día hábil.
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja formal.	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escribirnos o llamarnos en cualquier momento. Llámenos a fin de solicitar más tiempo para resolver su queja formal si considera que esto lo ayudará. <p>LIBERTY Dental Plan Grievance Department P.O. Box 15149 Tampa, FL 33684 1-833-276-0850 TTY 1-877-855-8039</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisaremos su queja formal y le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días. <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su queja formal, nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Le enviaremos una carta con nuestro motivo y le informaremos sobre sus derechos, en caso no esté de acuerdo.

<p>Si no está de acuerdo con nuestra decisión respecto a sus servicios, puede solicitar una apelación.</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribimos o llamarnos y hacer un seguimiento por escrito, dentro de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. • Solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Se pueden aplicar algunas reglas. <p style="text-align: center;">LIBERTY Dental Plan Appeals Department P.O. Box 15149 Tampa, FL 33684 1-833-276-0850 TTY 1-877-855-8039</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta dentro de los 3 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. • Le ayudaremos a completar cualquier formulario. • Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta con nuestra respuesta dentro de los 20 días.
<p>Si considera que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una Apelación expedita o “Rápida”</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribimos o llamarnos dentro de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. <p style="text-align: center;">LIBERTY Dental Plan Fast Appeal P.O. Box 15149 Tampa, FL 33684 1-833-276-0850 TTY 1-877-855-8039</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le daremos una respuesta dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de su solicitud. • Le llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo en que necesita una apelación rápida y le enviaremos una carta dentro de los dos días.
<p>Si no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribir a la Oficina de Audiencias Imparciales de la Agencia para la Administración de Atención Médica. • Solicítenos una copia de su registro médico. • Solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Se pueden aplicar algunas reglas. <p style="text-align: center;">** Usted debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia imparcial de Medicaid.</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le proporcionaremos transporte a la audiencia imparcial de Medicaid, si es necesario. • Reanudaremos sus servicios si el Estado está de acuerdo con usted. <p>Si continua con sus servicios, es posible que le pidamos que pague por los servicios si la decisión final no es a su favor.</p>

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Plan de apelación rápida

Si rechazamos su solicitud de una apelación rápida, transferiremos su apelación al marco de tiempo de la apelación regular de **20 días**. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no proporcionarle una apelación rápida, puede llamarnos para presentar una queja formal.

Audiencias imparciales de Medicaid (para afiliados de Medicaid)

Puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta **120 días** después de recibir un Aviso de Resolución de Apelación del Plan, llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
Medicaid Fair Hearing Unit
P.O. Box 60127
Ft. Meyers, FL 33906
1-877-254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

Si solicita una audiencia imparcial por escrito, incluya la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de miembro
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono donde podamos contactarlo a usted o a su representante.

Si la tiene, también puede incluir la siguiente información:

- Una explicación de por qué considera que la decisión debe revertirse
- Cualquier información médica que respalde la solicitud
- Quién desearía que le ayude con la audiencia imparcial.

Luego de recibir su solicitud de audiencia imparcial, la Agencia para la Administración de Atención Médica le informará por escrito que recibió su solicitud de audiencia imparcial. Un funcionario de audiencias que trabaja para el Estado revisará nuestra decisión.

Si usted es un miembro de MediKids del Título XXI, no se le permite tener una audiencia imparcial de Medicaid.

Revisión por el Estado (para afiliados de MediKids)

Cuando solicita una revisión, un funcionario de audiencias que trabaja para el Estado revisa la decisión tomada durante la apelación del plan. Puede solicitar una revisión por parte del Estado en cualquier momento hasta **30 días** después de recibir la notificación. **Primero debe finalizar el proceso de apelación.**

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Puede solicitar una revisión por parte del Estado llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
1-877-254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Luego de recibir su solicitud, la Agencia para la Administración de Atención Médica le informará por escrito que recibió su solicitud.

Continuación de los beneficios para los afiliados de Medicaid

Si actualmente está recibiendo un servicio que va a reducirse, suspenderse o cancelarse, usted tiene derecho a seguir obteniendo dichos servicios hasta que se tome una decisión definitiva sobre la **apelación del Plan o la audiencia imparcial de Medicaid**. Si sus servicios continúan, estos no sufrirán ningún cambio hasta que se tome una decisión definitiva.

Si sus servicios continúan y nuestra decisión no es a su favor, podemos solicitarle que pague por el costo de dichos servicios. No le quitaremos los beneficios de Medicaid. No podemos pedirle a su familia ni a su representante legal que paguen por los servicios.

Para continuar con los servicios durante la apelación o audiencia imparcial, usted debe presentar su apelación y solicitar la continuidad de los servicios dentro de este plazo, lo que ocurra posteriormente:

- **10 días** después de recibir una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NABD), o
- Durante el primer día o antes en que se reducirán, suspenderán o terminarán sus servicios.

Sección 14: Sus derechos como afiliado

Como beneficiario de Medicaid y miembro inscrito en un plan, también tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto
- Que se respete su dignidad y privacidad en todo momento
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes
- Saber quién está brindando los servicios médicos y quién es responsable de su cuidado
- Saber qué servicios para miembros están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible en caso de que no hable inglés
- Saber qué reglas y leyes se aplican a su comportamiento

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

- Recibir información sobre su diagnóstico, el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos, los riesgos y cómo estos tratamientos lo ayudarán
- Decir que no a cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención médica
- Saber si el proveedor o los centros aceptan la tasa de asignación de Medicare
- Recibir información previa sobre el costo de un servicio
- Obtener una copia de una factura y que le expliquen los cargos
- Obtener tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeorará si no recibe tratamiento
- Saber si el tratamiento médico es para investigación experimental y decir sí o no a participar en dicha investigación
- Presentar una queja cuando sus derechos no son respetados
- Preguntar por otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica)
- Obtener una copia de su registro médico y solicitar que se agregue o corrija la información en su registro, si es necesario
- Mantener la privacidad de sus registros médicos y que solo se compartan con su aprobación o cuando lo exija la ley
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (directiva anticipada)
- Presentar una queja formal sobre cualquier asunto que no sea la decisión del plan respecto a sus servicios
- Apelar la decisión de un plan respecto a sus servicios
- Recibir servicios de un proveedor que no sea parte de nuestro plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que sea parte de nuestro plan
- Recibir atención sin temor a la restricción o el aislamiento que se utiliza para fines de intimidación, disciplina, conveniencia o venganza
- Ejercer estos derechos sin cambiar la forma en que LIBERTY Dental Plan o sus proveedores de la red lo tratan

Sección 15: Sus responsabilidades como afiliado

Como beneficiario de Medicaid y afiliado a un plan dental, también tiene ciertas responsabilidades. Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información precisa sobre su salud a su plan y proveedores
- Informar a su proveedor sobre cambios inesperados en su estado de salud

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

- Hablar con su proveedor para asegurarse de que comprende una acción y lo que se espera de usted
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones y hacer preguntas
- Acudir a sus citas o notificar a su proveedor si no podrá asistir a una
- Ser responsable de sus acciones si se rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica
- Asegurarse de que se realice el pago por los servicios no cubiertos que reciba
- Seguir las normas y regulaciones de comportamiento de las instalaciones de atención médica
- Tratar al personal médico con respeto
- Avisarnos si tiene problemas con algún personal de atención médica
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales
- Notificar a su administrador de casos si hay algún cambio en la información (dirección, teléfono, etc.)
- Tener un plan para emergencias y acceder a este si es necesario para su seguridad
- Reportar fraude, abuso y sobrepagos

Sección 16: Otra información importante

Plan de emergencia en caso de desastres

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse y proteger a su familia, es importante estar preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) Estar informado; 2) Hacer un plan y 3) Conseguir un kit. Para obtener ayuda con su plan de emergencia en caso de desastres, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos. La División de Manejo de Emergencias de Florida también puede ayudarlo con su plan. Puede llamarlos al **1-850-413-9969** o visitar su sitio web en www.floridadisaster.org

Fraude/abuso/sobrepagos en el programa de Medicaid

Para reportar sospechas de fraude y/o abuso en Florida Medicaid, llame de manera gratuita a la línea directa de quejas del consumidor al **1-888-419-3456** o complete un formulario de queja por abuso y fraude de Medicaid, que está disponible en línea en:

<https://apps.ahca.myflorida.com/mpj-complaintform/>

También puede informarnos sobre fraudes y abusos directamente poniéndose en contacto con LIBERTY DENTAL PLAN en:

Special Investigations Unit: 1-888-704-9833
Correo electrónico: SIU@libertydentalplan.com
Correo: LIBERTY Dental Plan Compliance Department
P.O. Box 15149
Tampa, FL 33684

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Puede ser anónimo si lo desea. Toda la información será privada y los resultados solo se compartirán con las personas que necesitan saberlo.

Abuso/Negligencia/Explotación de personas

Nunca debe recibir malos tratos. Nunca está bien que alguien lo golpee o le infunda miedo. Puede hablar con su PDP o administrador de casos sobre sus sentimientos.

Si siente que lo están maltratando o descuidando, puede llamar a la línea directa de abuso al **1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873)** o al TTY/TDD al **1-800-955-8771**.

También puede llamar a la línea directa si sabe de alguien que está siendo maltratado.

La violencia doméstica también es abuso. Aquí algunos consejos de seguridad:

- Si está herido, llame a su proveedor de atención primaria
- Si necesita atención de emergencia, llame al **911** o acuda al hospital más cercano. Para más información, consulte sección ATENCIÓN DE EMERGENCIA
- Tener un plan para llegar a un lugar seguro (la casa de un amigo o familiar)
- Preparar una mochila pequeña y dársela a un amigo para que la guarde.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a la línea directa nacional de violencia doméstica al número gratuito **1-800-799-7233 (TTY 1-800-787-3224)**.

Para más información

Usted tiene el derecho de solicitar información. Llame a Servicios para Miembros o hable con su administrador de casos sobre qué tipos de información puede recibir de forma gratuita. Algunos ejemplos:

- Su registro como afiliado;
- Una descripción de cómo operamos;
- Calificaciones de desempeño de calidad, incluido resultados de encuestas de satisfacción de miembros;

LIBERTY quiere hacer que la experiencia de conocernos sea más fácil. Visítenos en www.libertydentalplan.com/FLMedicaid o llame a Servicios para Miembros al **1-833-276-0850** o TTY **1-877-855-8039**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Puede solicitarnos información sobre:

- Puntaje de satisfacción de los miembros
- Puntaje de satisfacción de los proveedores
- Puntaje de rendimiento de calidad
- Operaciones de LIBERTY

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Sección 17: Recursos adicionales

Departamento de información médica de Florida

El Programa Dental de Salud Pública dirige los esfuerzos del Departamento de Salud para mejorar y mantener la salud bucal de todas las personas en Florida. Puede encontrar los siguientes tipos de información en su sitio web:

- Fluorización del agua comunitaria
- Sitios relacionados con la salud bucal
- Programas de selladores en las escuelas

Para obtener más información sobre el programa dental de salud pública, visite:

www.flhealth.gov/dental

Para encontrar información sobre la calidad de la salud bucal en su condado, visite:

<http://www.flhealthcharts.com/ChartsReports/rdPage.aspx?rdReport=ChartsProfiles.OralHealthProfile>

Información sobre MediKids

Para información sobre la cobertura de MediKids, visite:

http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/program_policy/FLKidCare/MediKids.shtml

Sección 18: Formularios



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**, 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)					
<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)					
Autorizo a LIBERTY Dental Plan para permitir que la siguiente persona actúe en mi nombre durante el proceso de queja formal/apelación					
<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)					
Autorizo a LIBERTY Dental Plan a solicitar mi información, incluido los historiales médicos y radiografías, si corresponde, al siguiente consultorio:					
<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>			

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

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 caso en cualquier momento. Le proporcionaremos copias sin costo alguno.

RESUMEN DE LA QUEJA FORMAL O APELACIÓN
<p>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. Comparta con nosotros cómo le gustaría que se resuelva su queja formal o apelación. Si es necesario puede adjuntar una página adicional.</p>
Empty space for user input

Firma del miembro	Fecha
ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO FIRMADO A:	
<p>Enviar por correo a: LIBERTY Dental Plan of Florida Grievances and Appeals Department P.O. Box 15149 Tampa, FL 33684</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por fax al Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY al (833) 250-1816, o • 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: FLGandA@libertydentalplan.com
<p>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.</p>	

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039



LA AGENCIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE FLORIDA (AHCA)

SOLICITUD DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

ENVIAR POR CORREO A: Agency for Health Care Administration 2727 Manhan Drive Tallahasee, FL 32309		FAX: 1-239-338-2641 Correo electrónico: MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com Llame al: 1-877-254-1055	
¿Quién está solicitando una audiencia?	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:
	Dirección:		
Representante autorizado (de ser el caso)	Nombre:	Firma del representante:	
	Relación:	Teléfono:	
Traductor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Idiomas requeridos:	
Compañía de seguros:	Nombre:	Teléfono:	
Servicio denegado:	Fecha de la decisión de denegación:	Número de reclamo/autorización:	
QUIERO UNA AUDIENCIA IMPARCIAL. LA DECISIÓN DE MI PLAN ES INCORRECTA PORQUE:			

Firma de la persona que hace el reclamo:

Fecha:

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039



LIBERTY Dental Plan
Formulario de autorización para la divulgación de registros e información

A. Identificación

Este documento autoriza el uso y/o la divulgación de información médica protegida confidencial sobre la siguiente persona:

Table with 2 columns and 5 rows: Nombre del miembro, Dirección, Fecha de nacimiento, Teléfono, Identificación del miembro.

Proporcione los nombres de las personas, como su cónyuge, hijos u otro familiar, a quienes autoriza tener acceso a su información.

Table with 2 columns: Nombre, Firma. Multiple rows for listing names and signatures.

B. Instrucciones para la divulgación

Esta autorización se aplica de acuerdo con mis instrucciones de que autorizo al consultorio dental que figura a continuación para divulgar todo mi registro dental y/o usar la información médica protegida perteneciente a los miembros que figuran en la Sección A de LIBERTY Dental Plan.

Table with 2 columns and 3 rows: Nombre del consultorio dental, Dirección, Teléfono.

C. Autorización y Firma: Autorizo la divulgación de mi información médica protegida confidencial, como se describe en mis instrucciones en la Sección B. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que la información que debe divulgarse está protegida por la ley, y que el uso/divulgación debe hacerse de acuerdo con mis indicaciones.

Yo, _____, he leído el contenido de la autorización y confirmo que el contenido es coherente con mis instrucciones. Entiendo que al firmar este formulario, estoy autorizando el uso y/o divulgación de mi información médica confidencial. Esta formulario de divulgación caduca a los quince (15) días calendario a partir de la fecha de la firma.

Firma:

Fecha:

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, designo como mi sustituto de atención médica bajo S.765.202, Estatutos de Florida:

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	

Si mi sustituto de atención médica no está dispuesto, no puede, o no está razonablemente disponible para realizar sus tareas, designo a mi sustituto alternativo de atención médica:

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo a mi sustituto de atención médica a: (Iniciales requeridas en espacios en blanco más abajo)

Recibir cualquier información sobre mi salud, ya sea oral o grabada en cualquier forma o medio que:	
1.	Sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, centro de atención médica, plan de salud, empleador de salud pública, aseguradora de vida, escuela o universidad o centro de información de atención médica; y
2.	Se relacione con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura; el proveedor de atención médica que se me ha asignado; o el pago pasado, presente o futuro por las provisiones de atención médica para mi persona.

Asimismo, autorizo a mi sustituto de atención médica a:	
A. Tomar todas las decisiones de atención médica por mí, lo que significa que él o ella tiene la autoridad para:	
1.	Proporcionar consentimiento informado, rechazo de consentimiento o retiro de consentimiento para cualquiera y toda mi atención médica, incluidos los procedimientos que prolongan la vida.
2.	Solicitar en mi nombre beneficios privados, públicos, gubernamentales o de veteranos para costear la atención médica.

	3. Acceder a mi información médica que sea razonablemente necesaria para que el sustituto de atención médica tome decisiones relacionadas con mi salud y solicite beneficios para mi persona.
	4. Decidir sobre hacer una donación anatómica conforme a la parte V, capítulo 765 de los Estatutos de Florida.

Formulario de directiva anticipada

Instrucciones específicas y restricciones para mi sustituto de atención médica:

Si bien tengo la capacidad para tomar decisiones, mis deseos son determinantes, y mi médico y los proveedores de atención médica deben comunicarme claramente el plan de tratamiento o cualquier cambio en el plan de tratamiento antes de su implementación. En la medida en que sea capaz de comprenderlo, mi sustituto de atención médica me mantendrá informado razonablemente de todas las decisiones que haya tomado en mi nombre y de los asuntos que me conciernen.

Esta designación de sustituto de atención médica no se ve afectada por mi incapacidad posterior, excepto por lo dispuesto en el Capítulo 765 de los Estatutos de Florida. De conformidad con la sección 765.104 de los Estatutos de la Florida, entiendo que puedo, en cualquier momento, mientras conserve mi capacidad, revocar o enmendar esta designación mediante:

1. La firma de un instrumento escrito y fechado que exprese mi intención de enmendar o revocar esta designación;
2. La destrucción física de esta designación por propia acción o por la de otra persona en mi presencia y bajo mi dirección;
3. La manifestación verbal de mi intención de enmendar o revocar esta designación;
o
4. La firma de una nueva designación que es sustancialmente diferente de esta designación.

La autoridad de mi sustituto de atención médica entra en vigencia cuando mi médico principal determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica a menos que ponga mis iniciales en una de las siguientes casillas o en ambas:

Si escribo mis iniciales en esta casilla [_____], la autorización de mi sustituto de atención médica para recibir la información de mi salud entra en vigencia de inmediato.

¿Preguntas?

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039



Si escribo mis iniciales en esta casilla [_____] la autoridad de mi sustituto de atención médica para tomar decisiones de atención médica en mi nombre entra en vigencia de inmediato. De acuerdo con la sección 765.204(3) de los Estatutos de Florida, cualquier instrucción sobre las decisiones de atención médica que tome, ya sea verbalmente o por escrito, mientras posea capacidad, reemplazará cualquier indicación o decisión de atención médica tomada por mi sustituto que esté en conflicto material con las decisiones tomadas por mi persona.

Formulario de directiva anticipada

Firme y feche el formulario aquí:

Nombre en letra imprenta:	Fecha de la firma:
Dirección:	
Firma:	

Firma de los testigos:

Primer testigo	Segundo testigo
Nombre en letra imprenta:	Nombre en letra imprenta:
Dirección:	Dirección:
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha: