

"YOUR RIGHTS"

CONFORME A LA ATENCIÓN DENTAL ADMINISTRADA

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA PARA ESTE TRATAMIENTO DENTAL, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. LA APELACIÓN DEBE SER PRESENTADA ANTE LIBERTY.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene **60 días calendario** a partir de la fecha de esta carta de Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NABD) para presentar una apelación. **DEBE COMPLETAR EL PROCESO DE APELACIÓN ANTE LIBERTY ANTES DE SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL.**

Si actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar recibéndolo mientras su apelación está pendiente, entonces debe informarnos dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de esta carta; O antes de la fecha en que LIBERTY indique que los servicios se cancelarán. Usted debe expresar que desea seguir recibiendo tratamiento cuando presente la apelación. **Es posible que tenga que pagar el costo para continuar recibiendo tratamiento si la decisión final no es a su favor.**

Puede presentar una apelación usted mismo. Puede dar su consentimiento por escrito a su proveedor o a otra persona de su confianza para que presente la apelación por usted. **Puede enviar cualquier información que desee que LIBERTY revise y debe enviárnosla lo antes posible.** También puede recibir su archivo de miembro en cualquier momento de forma gratuita. Puede solicitar una apelación por teléfono, por escrito, en línea o en persona:

Por teléfono: Llame al **1-866-609-0418/TTY 1-877-855-8039** de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 5:00 p. m., Hora estándar del Pacífico

Por escrito: Envíe su apelación por correo a **LIBERTY Dental Plan of Nevada, P.O. Box 401086, Las Vegas, NV 89140;** O por fax a: **1-833-250-1814.**

Electrónicamente: Visite el sitio web de LIBERTY en: <https://www.libertydentalplan.com/NV-Medicaid-Check-Up/File-Appeal.aspx?state=NV> O envíe un correo electrónico a: NVGandA@libertydentalplan.com.

En persona: **6385 S. Rainbow Blvd #200, Las Vegas, NV 89118**

LIBERTY tiene **30 días calendario** para darle una respuesta. Le enviaremos una carta de "Aviso de Resolución de la Apelación" (NAR). Esta carta le indicará la decisión de LIBERTY. **Si no recibe una carta dentro de los 30 días calendario,** usted puede solicitar una "**Audiencia Imparcial Estatal**" de Nevada Medicaid. Si usted o su proveedor necesitan más tiempo para obtener la información de LIBERTY que desea que consideremos, puede solicitar una extensión de hasta **14 días calendario** adicionales. Si LIBERTY considera que una extensión es lo mejor para usted y obtenemos el permiso de Nevada Medicaid, LIBERTY también podría tomarse hasta **14 días calendario** adicionales para proporcionarle una decisión.

APELACIONES ACELERADAS

Si usted o su proveedor considera que esperar **30 días calendario** pondrá en riesgo su vida, su salud física o mental, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar una funcionalidad máxima, puede solicitar una **Apelación Expedita** o acelerada. Si presenta la solicitud en su nombre, su proveedor DEBE tener su consentimiento por escrito para presentar una apelación acelerada en su nombre. LIBERTY le notificará dentro de las **72 horas posteriores a la recepción de nuestra decisión.** Si no le notificamos dentro de las 72 horas, usted puede solicitar una **Audiencia Imparcial Estatal.**

ASISTENCIA JURÍDICA

Puede obtener asistencia legal gratuita llamando a los siguientes números de teléfono.

Servicios Legales de Nevada - Condado de Clark: **702-386-0404** o **1-866-432-0404**
Servicios Legales de Nevada - Condado de Washoe: **775-284-3491** o **1-800-323-8666**

REV.1.2023