

Resumen de beneficios dentales

| | Passive PPO con las redes PPOII y Extend SM | |
|--|---|------------------------|
| | <u>Participante</u> | <u>No participante</u> |
| Deducible anual* | | |
| Individual | \$50 | \$50 |
| Familiar | \$150 | \$150 |
| Servicios preventivos | 100% | 100% |
| Servicios básicos | 80% | 80% |
| Servicios mayores | 50% | 50% |
| Máximo beneficio anual | \$1500 | \$1500 |
| Copago por visita al consultorio | N/A | N/A |
| Servicios de ortodoncia** | 50% | 50% |
| Deducible de ortodoncia | Ninguno | Ninguno |
| Máximo de por vida por ortodoncia | \$1800 | \$1800 |
| *El deducible se aplica a: servicios básicos y mayores solamente. | | |
| ** La ortodoncia está cubierta sólo para menores (el dispositivo debe colocarse antes de los 20 años de edad). | | |
| Lista parcial de servicios | Passive PPO con las redes PPOII y Extend SM | |
| | <u>Participante</u> | <u>No participante</u> |
| Preventivo | | |
| Exámenes orales: 2 por año | 100% | 100% |
| Limpiezas (adultos y niños): 2 por año | 100% | 100% |
| Fluoruro: 1 por año; niños menores de 16 años | 100% | 100% |
| Selladores (solo molares permanentes): 1 por diente cada 3 años; niños menores de 16 años | 100% | 100% |
| Imágenes de mordida: 1 conjunto por año | 100% | 100% |
| Serie de imágenes de toda la boca: 1 conjunto cada 3 años | 100% | 100% |
| Mantenedores de espacio | 100% | 100% |
| Básico | | |
| Terapia de conducto, dientes anteriores y dientes premolares | 80% | 80% |
| Terapia de conducto de la raíz, molares | 80% | 80% |

Resumen de beneficios dentales

| | | |
|--|------------|------------|
| Limadura de raíces: 4 cuadrantes por separado cada 2 años | 80% | 80% |
| Gingivectomía*: 1 por cuadrante/diente cada 3 años | 80% | 80% |
| Obturación con amalgama (de plata) | 80% | 80% |
| Obturación con resina (solamente dientes anteriores) | 80% | 80% |
| Coronas de acero inoxidable | 80% | 80% |
| Incisión y drenaje de abscesos* | 80% | 80% |
| Extracciones sin complicaciones | 80% | 80% |
| Remoción quirúrgica de diente erupcionado* | 80% | 80% |
| Remoción quirúrgica de diente impactado (tejido blando)* | 80% | 80% |
| Cirugía ósea*: 1 por cuadrante cada 3 años | 80% | 80% |
| Remoción quirúrgica de diente impactado (parcial o totalmente óseo)* | 80% | 80% |
| Alargamiento de corona | 80% | 80% |
| Mayor | | |
| Incrustaciones: una vez cada 8 años por diente. | 50% | 50% |
| Sobrepuestos: una vez cada 8 años por diente. | 50% | 50% |
| Coronas: una vez cada 8 años por diente. | 50% | 50% |
| Dentaduras postizas completas y parciales: una vez cada 8 años. | 50% | 50% |
| Pónticos: una vez cada 8 años por diente. | 50% | 50% |
| Anestesia general/sedación intravenosa* | 50% | 50% |
| Reparación de dentaduras postizas | 50% | 50% |
| Reconstrucciones de coronas | 50% | 50% |
| Otros servicios pueden tener limitaciones de edad o frecuencia. Las limitaciones se describen en el folleto-certificado. | | |
| *Algunos servicios pueden estar cubiertos en el plan médico. Comuníquese con Servicios al Cliente para obtener información detallada. | | |

Información adicional importante

Este resumen de beneficios de Aetna Dental® Preferred Provider Organization (PPO) lo proporciona Aetna Life Insurance Company para algunos de los procedimientos dentales que se realizan con más frecuencia. Bajo el plan de Organización

Resumen de beneficios dentales

de Proveedores Preferidos de Odontología (PPO), puede elegir en el momento del servicio un dentista participante de la PPO. Con el plan PPO, los ahorros son posibles porque los dentistas participantes acordaron brindar atención a los servicios cubiertos a tarifas negociadas.

Los pagos del plan fuera de la red se basan en el 80th percentil de los cargos vigentes para el área geográfica.

Atención dental de emergencia

Si necesita atención dental de emergencia para el tratamiento paliativo (alivio del dolor, estabilización) de una emergencia dental, está cubierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuando los servicios de emergencia son proporcionados por un dentista PPO participante, el monto de su copago / coseguro se basará en un programa de tarifas negociado. Cuando un dentista no participante proporciona los servicios de emergencia, usted será responsable de la diferencia entre el pago del plan y el cargo habitual del dentista. Consulte los documentos de su plan para más detalles. Sujeto a los requisitos del estado. Nuestros consultores dentales pueden revisar la atención dental de emergencia fuera del área para verificar si el tratamiento es adecuado.

Lista parcial de exclusiones y limitaciones* - No se proporciona cobertura para los siguientes:

1. Cargos por servicios o suministros.

- Brindados por un proveedor de la red que superen el cargo negociado
- Brindados por un proveedor fuera de la red que superen el cargo reconocido
- Brindados para su conveniencia o comodidad personal, o la de cualquier otra persona, incluido un proveedor de servicios dentales
- Brindados en relación con el tratamiento o el cuidado que no está cubierto por el plan
- Cargos por cancelar o no asistir a citas médicas o cargos por completar formas de reclamo.
- Cargos que no esté obligado por ley a pagar
- Cargos que no se habrían cobrado si usted no tuviera cobertura. Estos incluyen lo siguiente:
 - Cuidado recibido en instituciones de beneficencia
 - Cuidado recibido por enfermedades relacionadas con el servicio militar actual o anterior
 - Cuidado recibido bajo custodia de autoridades gubernamentales

2. Cualquier cargo en exceso de cualquier beneficio, dólar, visita o límite de frecuencia establecido en el programa de beneficios.

3. Servicios y suministros cosméticos que incluyen.

4. Servicios y suministros ordenados por el tribunal: incluyen aquellos servicios y suministros ordenados por el tribunal, o aquellos requeridos como condición de libertad condicional, libertad condicional, liberación o como resultado de cualquier procedimiento legal.

5. Acupuntura, acupresión y terapia de acupuntura.

6. Coronas, incrustaciones, sobrepuestos y fundas dentales, a menos que se trate de alguno de estos casos:

- El tratamiento se debe a caries o a una lesión traumática, y los dientes no se pueden restaurar con material de relleno.

Resumen de beneficios dentales

- El diente sirve como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto
7. Dentaduras, coronas, inlays, onlays, puentes u otros aparatos o servicios protésicos utilizados con el fin de entablillar, alterar la dimensión vertical, restaurar la oclusión o corregir el desgaste, la abrasión o la erosión.
8. Trabajo dental que comenzó antes de que usted estuviera cubierto por el plan.
9. La primera instalación de una prótesis dental o puente fijo, y cualquier inlay y corona que sirva como pilar para reemplazar los dientes faltantes congénitamente o para reemplazar los dientes, todos los cuales se perdieron mientras no estaba cubierto.
10. Anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén específicamente cubiertos y se realicen en relación con otro servicio dental elegible.
11. Instrucción para la dieta, asesoramiento en tabaco e higiene bucal.
12. Tratamiento de ortodoncia, excepto lo cubierto en la sección Servicios dentales elegibles del programa de beneficios.
13. Servicios y suministros dentales hechos con metales altamente nobles (oro o titanio), excepto lo cubierto en la sección Servicios dentales elegibles del programa de beneficios.
14. Servicios y suministros proporcionados en relación con el tratamiento o la atención que no está cubierto por el plan.
15. Reemplazo de un dispositivo o dispositivo perdido, robado o robado, y para el reemplazo de dispositivos que hayan sido dañados debido a abuso, mal uso o negligencia y por un juego adicional de dentaduras postizas.
16. Servicios y suministros proporcionados donde no hay evidencia de patología, disfunción o enfermedad, aparte de los servicios preventivos cubiertos.
17. Los mantenedores de espacio, excepto cuando sea necesario, para preservar el espacio resultante de la pérdida prematura de dientes deciduos.
18. Extracción quirúrgica de las muelas del juicio impactadas cuando se extrae solo por motivos ortodónticos.
19. Disfunción de la articulación temporomandibular / trastorno
20. Servicios y suministros dentales que están cubiertos total o parcialmente:
- Bajo cualquier otra parte de este plan.
 - Bajo cualquier otro plan de beneficios grupales provisto por el asegurado.
21. Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación.
22. Servicios, incluidos, entre otros, aquellos tratamientos, servicios, medicamentos recetados y suministros que no son médicamente necesarios (según lo determine Aetna) para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lesiones, restauración de funciones fisiológicas o servicios preventivos cubiertos. Esto se aplica incluso si están prescritos, recomendados o aprobados por su médico o dentista.
23. Pago por una parte del cargo que la otra parte es responsable como pagador primario.

Resumen de beneficios dentales

24. Medicamentos prescritos, medicación previa o analgesia.

25. Tratamiento por otro que no sea un dentista. Sin embargo, el plan cubrirá algunos servicios proporcionados por un higienista dental autorizado bajo la supervisión y orientación de un dentista. Estos son:

- Escalamiento de dientes
- Limpieza de dientes
- Aplicación tópica de fluoruro.

26. Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Cualquier exclusión anterior no se aplicará en la medida en que la cobertura de los cargos sea requerida por cualquier ley que se aplique a la cobertura.

* Esta es una lista parcial de exclusiones y limitaciones, otras pueden aplicar. Por favor revise su folleto del plan para más detalles.

La cobertura de su Plan de Atención Dental está sujeta a las siguientes normas:

Regla de tratamiento alternativo: a veces hay varias formas de tratar un problema dental, todas las cuales proporcionan resultados aceptables.

- Si se realiza un cargo por un servicio o suministro dental no elegible y un servicio dental elegible que proporcione un resultado aceptable, entonces su plan pagará un beneficio por el servicio o suministro dental elegible.
- Si se cobra por un servicio dental elegible pero otro servicio dental elegible que proporcione un resultado aceptable es menos costoso, el beneficio será para el servicio dental elegible más económico.
- Debe revisar las diferencias en el costo de un tratamiento alternativo con su proveedor dental. Por supuesto, usted y su proveedor dental aún pueden elegir el método de tratamiento más costoso. Usted es responsable de cualquier cargo en exceso de lo que cubrirá su plan.

Regla de reemplazo: algunos servicios dentales elegibles están sujetos a la regla de reemplazo de su plan. La regla de reemplazo se aplica a los reemplazos o adiciones a los existentes:

- Coronas
- Incrustaciones
- Sobrepuestos
- Fundas dentales
- Dentaduras postizas completas
- Dentaduras postizas parciales removibles
- Dentaduras parciales fijas (puentes)
- Otros servicios protésicos.

Estos servicios dentales elegibles están cubiertos solo cuando nos da prueba de que:

- Mientras estabas cubierto por el plan:
 - Le extrajeron un diente (o dientes) después de instalar la prótesis o el puente existente.

Resumen de beneficios dentales

- Como resultado, debe reemplazar o agregar dientes a su dentadura o puente.

- El presente artículo no puede hacerse útil, y es:

- Una corona instalada al menos 8 años antes de su reemplazo.

- Un inlay, onlay, chapa, dentadura completa, prótesis parcial removible, prótesis parcial fija (puente) u otro elemento protésico instalado al menos 8

- Mientras estabas cubierto por el plan:

- Le extrajeron un diente (o dientes).

- Su dentadura actual es una temporal inmediata que reemplaza ese diente (o dientes).

- Se necesita una dentadura permanente, y la dentadura temporal no se puede utilizar como una dentadura permanente. El reemplazo debe ocurrir dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que se instaló la prótesis temporal.

Diente faltante pero no reemplazado regla

Se cubrirá la primera instalación de prótesis completas, prótesis parciales removibles, prótesis parciales fijas (puentes) y otros servicios de prótesis si:

- Las dentaduras postizas, puentes u otros artículos protésicos son necesarios para reemplazar uno o más dientes naturales que se extrajeron mientras tenía cobertura del plan. (La extracción de un tercer diente molar no califica).

- El diente que se retiró no era un pilar para una prótesis parcial removible o fija instalada durante los años 8 anteriores.

Cualquier aparato o puente fijo debe incluir el reemplazo de un diente o dientes extraídos.

Regla de ingreso tardío: el plan no cubre los servicios y suministros proporcionados a una persona de 5 años o más si esa persona no se inscribió en el plan durante uno de los siguientes:

- Los primeros 31 días la persona es elegible para esta cobertura o

- Cualquier período de inscripción abierta acordado por el empleador y nosotros

Esto no se aplica a los cargos incurridos por cualquiera de los siguientes:

- Después de que la persona haya estado cubierta por el plan durante 12 meses.

- Como resultado de las lesiones sufridas mientras está cubierto por el plan.

- Servicios de diagnóstico y preventivos, como exámenes, limpiezas, fluoruro e imágenes (excluye los servicios relacionados con la ortodoncia).

Encontrar proveedores participantes

Consulte la búsqueda de proveedores en línea de Aetna Dentals para obtener las listas de proveedores más actuales. Los proveedores participantes son contratistas independientes en la práctica privada y no son empleados ni agentes de Aetna Dental o sus afiliados. La disponibilidad de cualquier proveedor en particular no se puede garantizar, y la composición de la red del proveedor está sujeta a cambios sin previo aviso. Para obtener la información más actualizada, comuníquese con el proveedor seleccionado o con los Servicios para Miembros de Aetna al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación en línea, o utilice nuestra búsqueda de proveedores en Internet disponible en www.aetna.com.

Resumen de beneficios dentales

Es posible que los productos específicos no estén disponibles de forma autofinanciada y asegurada. La información en este documento está sujeta a cambios sin previo aviso. En caso de conflicto entre los documentos de su plan y esta información, prevalecerán los documentos del plan.

En el caso de un problema con la cobertura, los miembros deben comunicarse con Servicios para Miembros al número gratuito que se encuentra en sus tarjetas de identificación en línea para obtener información sobre cómo utilizar el procedimiento de reclamo cuando sea apropiado.

Toda la atención de los miembros y las decisiones relacionadas son responsabilidad exclusiva de los proveedores participantes. Aetna Dental no proporciona servicios de atención médica y, por lo tanto, no puede garantizar ningún resultado o resultado.

Los planes dentales son proporcionados o administrados por Aetna Life Insurance Company, Aetna Dental Inc., Aetna Dental of California Inc. y / o Aetna Health Inc.

Servicios de telesalud: Con el plan se reembolsará al proveedor tratante o de consulta por el diagnóstico, la consulta o el tratamiento de una persona inscrita a través del servicio de telesalud sobre la misma base y en la misma medida que con el plan se hubiese reembolsado el mismo servicio cubierto en persona.

En Texas, la Organización de Proveedores Preferidos de Servicios Dentales (PPO, por sus siglas en inglés) se conoce como la Red Dental Participante (PDN) y es administrada por Aetna Life Insurance Company.

Este material es solo para fines informativos y no es una oferta de cobertura ni asesoramiento dental. Contiene solo una descripción parcial y general de los beneficios del plan o programa y no constituye un contrato. La disponibilidad de un plan o programa puede variar según el área geográfica de servicio. Ciertos planes dentales están disponibles solo para grupos de cierto tamaño de acuerdo con las pautas de suscripción. Algunos beneficios están sujetos a limitaciones o exclusiones. Consulte los documentos del plan (Lista de beneficios, Certificado / Evidencia de cobertura, Folleto, Folleto-Certificado, Acuerdo grupal, Política de grupo) para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluidos los procedimientos, las exclusiones y limitaciones relacionadas con su plan.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente según su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Aetna proporciona ayuda / servicios gratuitos a personas con discapacidades y personas que necesitan ayuda con el idioma.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 877-238-6200.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705),

CRCoordinator@aetna.com.

Resumen de beneficios dentales

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Portal de Quejas de los Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en: Departamento de EE. UU. de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue SW., Habitación 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, incluidos Aetna Life Insurance Company, los planes Coventry Health Care y sus afiliadas (Aetna).

Resumen de beneficios dentales

| | |
|----------------------|--|
| Hawaiian | No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei. |
| Hindi | बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें। |
| Hmong | Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID. |
| Igbo | Inweta enyemaka asụsụ na akwughị ugwo obula, kpoo nomba no na kaadi njirimara gi |
| Ilocano | Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo. |
| Indonesian | Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda. |
| Italian | Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa. |
| Japanese | 無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。 |
| Karen | လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ဂ့ၢ်တၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတၢ်ဖဲး လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢနကတၢ်ပုၣ်ဖၢၤအဂီၢ်, ကိးတၢ်လီၤတဲၤစီၣ်နီၣ်ဂီၢ်လၢအအိၣ်လၢနခိၣ်ဂီၢ် (ID) အလီၤန့ၢ်တက့ၢ်. |
| Korean | 무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오. |
| Kru-Bassa | I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla |
| Kurdish | بو دەسپێرێت ئاگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەجێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی (ID) کارتێ خۆت. |
| Lao | ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ຂາຍຄ່າ, ໃຫ້ໃບທາງເບີໂທລູໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. |
| Marathi | आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डावरील क्रमांकावर फोन करा. |
| Marshallese | Nan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjelōk wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōmba eo ilo kaat in ID eo am. |
| Micronesian-Ponapean | Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID. |
| Mon-Khmer, Cambodian | ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលគិតតម្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើបណ្តាសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។ |
| Navajo | T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowol doo b'ááh ílínígóó naaitsoos bee atah nílíggo nanitinígíí bee néého'dóizinígíí béésh bee hane'í biká'ígíí áajj' hólne'. |
| Nepali | भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्। |
| Nilotic-Dinka | Të koor yin ran de wëër de thokic ke cìn wëu kor keek tënɔŋ yin. Ke yin col ran ye koc kuony në namba de abac të në ID kard duön de tiit de nyin de panakim köu. |
| Norwegian | For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt. |

