

Divulgación de información importante

Organización de mantenimiento de la salud dental (DMO®)

Índice

Comprenda su plan de beneficios.....	2
Obtenga información del plan en línea y por teléfono	2
Si ya está inscrito en un plan dental de Aetna	2
¿Todavía no es miembro?.....	3
Busque proveedores de atención dental en nuestra red	3
Costos y normas para usar su plan.....	3
Lo que usted paga.....	3
Sus costos cuando sale de la red.....	4
Cómo le pagamos a su dentista y cómo calculamos su copago	4
Atención de urgencia y emergencia	4
Elija un dentista de atención primaria (PCD).....	4
Remisiones: su PCD lo derivará a un dentista especializado cuando sea necesario	5
Autorización previa, certificación previa y otros procesos de revisión.....	5
Conozca lo que está cubierto	5
Sin cobertura debido a sanciones de los Estados Unidos.....	5
Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros.....	6
Reclamos, apelaciones y revisión externa.....	6
Protegemos su privacidad	6
Resumen de la Política de privacidad de Aetna.....	6
Derechos de los miembros	7

Comprenda su plan de beneficios

Los planes DMO de Aetna cubren muchos servicios dentales. Sin embargo, no cubren todo. Los documentos de su plan contienen todos los detalles del plan que elija. Esto incluye lo que está cubierto, lo que no está cubierto y los montos específicos que pagará por los servicios.

Los nombres de los documentos del plan varían. Entre ellos, se incluyen: Programa de beneficios, Certificado de cobertura, Acuerdo grupal, Certificado de seguro grupal, Póliza de seguro grupal y los anexos y las actualizaciones incluidas.

Si no puede encontrar los documentos de su plan, llame al Departamento de Servicios para miembros al **1-877-238-6200** para solicitar una copia. También puede obtener una copia del Certificado de cobertura contactando a su empleador directamente.

Obtenga información del plan en línea y por teléfono

Si ya está inscrito en un plan dental de Aetna

Tiene dos maneras convenientes de obtener información del plan en cualquier momento, de día o de noche:

(1) **Regístrese e inicie sesión en el sitio web seguro para miembros.**

Puede obtener información de cobertura para su plan en línea. También puede obtener detalles sobre cualquier programa, herramienta y otros servicios incluidos en su plan.

Ingrese a **aetna.com** y haga clic en "Log In" (Iniciar sesión). Siga las instrucciones para crear un nombre de usuario y una contraseña.

Luego podrá iniciar sesión en cualquier momento para:

- Imprimir su identificación de Aetna Dental
- Verificar quién está cubierto y qué está cubierto
- Acceder a los "documentos de su plan"
- Hacer un seguimiento de las reclamaciones o ver copias anteriores de las declaraciones de Explicación de beneficios
- Usar la herramienta de búsqueda de proveedores en línea para buscar atención dentro de la red

(2) **Llame a Servicio al cliente al número gratuito que aparece en su identificación de Aetna o al número gratuito 1-877-238-6200.**

Puede hablar con un representante para:

- Comprender cómo funciona su plan o lo que va a pagar
- Obtener una remisión
- Buscar atención fuera de su área
- Presentar un reclamo o una apelación
- Obtener copias de los documentos de su plan
- Encontrar información de salud dental

El plan de la Organización para el Mantenimiento Dental (DMO) es proporcionado por Aetna Health Inc.

¿Todavía no es miembro?

Para ayudar a entender cómo funciona un plan dental en particular, debe revisar los documentos de su plan o comunicarse con su empleador o administrador de beneficios.

Busque proveedores de atención dental en nuestra red

Use nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea para obtener la lista más actualizada de profesionales de atención dental. Puede obtener una lista de dentistas disponibles por código postal o ingresar el nombre de un dentista específico en el campo de búsqueda.

Miembros actuales: ingrese a **aetna.com** e inicie sesión. Desde la página principal de su sitio web seguro para miembros, seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico) en la barra de menú superior y comience su búsqueda.

Si está considerando inscribirse: ingrese a **aetna.com** y seleccione "Find a doctor" (Buscar un médico) en la parte superior de la página de inicio. Luego, siga los pasos en "¿Todavía no es miembro?" para buscar proveedores.

Nuestra herramienta de búsqueda en línea es más que solo una lista de nombres y direcciones de dentistas.

También incluye información sobre:

- A qué facultad asistió el dentista
- Estado de la certificación del consejo
- Idiomas que habla
- Sexo
- Indicaciones para llegar

Costos y normas para usar su plan

Lo que usted paga

Usted compartirá el costo de su atención dental. Se los denomina costos "que paga de su bolsillo". Los documentos de su plan muestran los montos que se aplican a su plan específico. Esos costos pueden incluir:

- **Copago:** un monto fijo (por ejemplo, \$25) que paga por un servicio de atención dental cubierto. Por ejemplo, el copago para la consulta de su dentista de atención primaria puede ser diferente de una consulta a un especialista.

Ayuda para quienes hablan otro idioma y para las personas con problemas auditivos

Si necesita asistencia lingüística, llame al número del Departamento de Servicios para miembros que se encuentra en su identificación de miembro y un representante de Aetna lo conectará con un intérprete. También puede obtener asistencia de interpretación para problemas de administración de utilización o para registrar un reclamo o una apelación. Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, use su TTY y marque **711** para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones. Una vez conectado, ingrese o proporcione el número de teléfono de Aetna al que está llamando.

Help for those who speak another language and for the hearing impaired

If you require language assistance, please call the Member Services number on your Aetna ID card, and an Aetna representative will connect you with an interpreter. You can also get interpretation assistance for utilization management issues or for registering a complaint or appeal. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial **711** for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Aetna telephone number you're calling.

- **Coseguro:** su parte de los costos de un servicio cubierto. Por lo general, este es un porcentaje (por ejemplo, 20%) del monto permitido para el servicio.
- **Deducible:** este es el monto que debe pagar por la atención dental antes de que su plan dental comience a pagar.

Obtenga un directorio impreso GRATUITO

Para obtener una lista impresa gratuita de proveedores de atención dental, llame al número gratuito **1-877-238-6200**.

Aviso: usted debe asumir personalmente todos los costos si utiliza atención médica no autorizada por este plan o compra medicamentos que no estén autorizados por este plan.

Sus costos cuando sale de la red

DMO de Aetna es un plan solo de red*. Eso significa que el plan cubre los servicios de atención dental solo cuando consulta a un dentista que participa en la red de Aetna. Cuando consulta a un dentista fuera de la red, deberá pagar todos los costos de los servicios.

Consulte "Atención de emergencia y de urgencia" para obtener más información.

Cómo le pagamos a su dentista y cómo calculamos su copago

Esto no se aplica a los "copagos fijos" que son un monto específico en dólares.

Servicios de atención primaria: se aplica un copago a los servicios de atención primaria cubiertos proporcionados por su PCD. Sujeto a las leyes estatales aplicables, su copago es un porcentaje de la tarifa habitual de PCD para ese servicio. Revisamos esas tarifas para verificar que sea razonable.

La "tarifa habitual" se refiere a la tarifa que el PCD cobra a sus pacientes en general. Puede solicitarle a su PCD una copia del cronograma de tarifas habituales. Este cronograma de tarifas habituales puede cambiar de vez en cuando. Se utiliza solo a los fines de calcular un copago y no como base para la compensación del PCD.

Compensamos a los PCD en función de acuerdos negociados de forma individual que pueden ser menores o no estar relacionados con los cargos habituales del PCD. (Estos acuerdos pueden variar de un PCD a otro y pueden incluir pagos por miembro por mes, tarifas por horas de atención, acuerdos de descuento en el pago por servicio u otros mecanismos de pago).

Servicios especializados: también se aplica un copago a los servicios especializados cubiertos. Su copago es un porcentaje de la tarifa del dentista especialista participante por ese servicio. La "tarifa" puede ser una tarifa negociada con el dentista especialista participante y aprobada por el plan. En ese caso, su copago se calculará en función de la tarifa real negociada.

Sin embargo, si compensamos al dentista especialista por otra razón, la "tarifa" será la tarifa habitual del dentista especialista participante. Revisamos esa tarifa para verificar que sea razonable.

La "tarifa habitual" se refiere a la tarifa que el especialista cobra a sus pacientes en general y puede cambiar de vez en cuando. Puede solicitarle a su dentista especialista una copia del cronograma de tarifas habituales. La tarifa habitual se utiliza solo a los fines de calcular un copago y no como base para la compensación del dentista especialista participante.

Compensamos a los dentistas especialistas participantes en función de acuerdos negociados de forma individual que pueden ser menores o no estar relacionados con los cargos habituales del dentista. Estos acuerdos pueden variar de un dentista especializado participante a otro.

Atención de urgencia y emergencia

En caso de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana. Si una demora no pondría en peligro su salud, llame a su dentista o PCD. Usted cuenta con cobertura para recibir tratamiento de emergencia fuera de su área de servicio. Los ejemplos de una emergencia incluyen dolor severo, sangrado o infección. Pague los cargos al dentista y envíe una reclamación al plan para recibir un reembolso.

Si el dentista se encontraba a una distancia mayor a la especificada de su PCD, recibirá cobertura de beneficios de emergencia hasta un máximo de \$100*.

Elija un dentista de atención primaria (PCD)

Debe elegir un dentista de atención primaria, o PCD, que pueda conocer sus necesidades de atención dental y ayudarlo a administrar mejor su atención dental. Puede designar a cualquier dentista de atención primaria que participe en la red de DMO de Aetna y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Si no elige un PCD, sus beneficios pueden ser limitados o podemos seleccionar un PCD por usted. Un PCD es el dentista al que acude para chequeos, limpiezas y cuando necesita atención dental. Si se trata de una emergencia, no es necesario que llame primero a su PCD. Este dentista puede coordinar toda su atención. Su PCD puede remitirlo a un especialista cuando sea necesario.

* Consulte los documentos de su plan. Sujeto a requisitos estatales. Los asesores dentales pueden revisar la atención dental de emergencia fuera del área para verificar la necesidad del tratamiento de emergencia.

Infórmenos a quién elige como su PCD

Puede elegir un PCD diferente de la red de DMO de Aetna para cada miembro de su familia. Ingrese el nombre del PCD que eligió en su formulario de inscripción. O bien, llame al Departamento de Servicios para miembros después de que se inscriba para informarnos sobre su elección. Puede cambiar el PCD que eligió en cualquier momento.

Remisiones: su PCD lo derivará a un dentista especializado cuando sea necesario

Si necesita atención dental especializada, su PCD le dará una remisión a un especialista que participa en la red de Aetna. Una "remisión" es una solicitud por escrito para que usted vea a otro dentista. Algunos dentistas pueden enviar la remisión por vía electrónica a su especialista. No hay documentos impresos involucrados. Hable con su dentista para comprender por qué necesita ver a un especialista.

Recuerde estos datos sobre las remisiones:

- Siempre obtenga la remisión antes de recibir la atención.
- No necesita una remisión para la atención de emergencia.
- Si no obtiene una remisión cuando sea necesario, es posible que tenga que pagar la factura usted mismo.
- Su especialista podría recomendarle un tratamiento o pruebas que no estaban en la remisión original. En ese caso, es posible que deba obtener otra remisión de su PCD para esos servicios.
- Las remisiones son válidas por un año, siempre y cuando usted aún sea miembro del plan. Su primera consulta debe ser dentro de los 90 días desde la fecha de emisión de la remisión.
- Puede obtener una remisión especial para buscar fuera de la red si un especialista de la red no está disponible.

Autorización previa, certificación previa y otros procesos de revisión

Para aquellos servicios que no permiten el acceso directo, primero debe obtener una remisión de su PCD como se describe anteriormente. Es posible que se le exija a su dentista que obtenga la aprobación previa de la cobertura de ciertos servicios. Esto se denomina "certificación previa" Los proveedores de la red son responsables de obtener la autorización previa del plan para ciertos servicios. Debe preguntarle a su PCD o al Departamento de Servicios para miembros para averiguar si es necesaria la certificación previa para cualquier servicio cubierto.

Si no obtiene una certificación previa cuando sea necesario, es posible que deba pagar esos servicios. También revisamos ciertos servicios en el momento en que se proporcionan (revisión simultánea) o después de que el servicio ha concluido (revisión retrospectiva). Esta función es responsabilidad del plan dental y del proveedor.

Conozca lo que está cubierto

Puede evitar facturas inesperadas con una simple llamada al Departamento de Servicios para miembros (**1-877-238-6200**) para averiguar qué está cubierto antes de recibir la atención.

Nuestro programa de revisión clínica dental nos ayuda a determinar qué servicios dentales están cubiertos por el plan dental y el alcance de esa cobertura. Algunos servicios pueden estar sujetos a una revisión después de recibir la atención. Solo los dentistas autorizados realizan determinaciones clínicas. Le notificaremos a usted y a su dentista si denegamos la cobertura por algún motivo. Explicaremos el motivo cuando notifiquemos la denegación de cobertura. Para obtener más información sobre revisiones clínicas, llame al Departamento de Servicios para miembros.

Sin cobertura debido a sanciones de los Estados Unidos

Si las sanciones comerciales de los Estados Unidos lo consideran una persona bloqueada, el plan no puede proporcionarle beneficios ni cobertura. Si viaja a un país sancionado por los Estados Unidos, el plan, en la mayoría de los casos, no puede proporcionarle beneficios ni cobertura. Además, si su proveedor de atención médica es una persona bloqueada o se encuentra en un país sancionado, no podemos pagar los servicios de ese proveedor. Por ejemplo, si recibe atención mientras viaja a otro país y el proveedor de atención médica es una persona bloqueada o está en un país sancionado, el plan no puede pagar esos servicios. Para obtener más información sobre las sanciones comerciales de los Estados Unidos, ingrese a <https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros

Reclamos, apelaciones y revisión externa

Infórmenos si no está satisfecho con una respuesta que recibió de nosotros o con la forma en que nos manejamos.

Los procesos de reclamo y apelación pueden ser diferentes según su plan y su lugar de residencia. Algunos estados tienen leyes que incluyen sus propios procesos de apelación. Por lo tanto, es mejor consultar los documentos de su plan o hablar con alguien del Departamento de Servicios para miembros para ver cómo funciona para usted.

Llame al Departamento de Servicios para miembros para presentar un reclamo de forma oral o para solicitar la dirección para enviar un reclamo por escrito. El número de teléfono es **1-877-238-6200**. También puede enviarnos un correo electrónico a través de nuestro sitio web seguro para miembros, **aetna.com**.

Si no está satisfecho después de hablar con un representante del Departamento de Servicios para miembros, puede solicitar que enviemos su problema al departamento de reclamos correspondiente.

Si no está de acuerdo con una reclamación denegada, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, escríbanos a:

Aetna Dental Grievance and Appeals Unit
PO Box 10462
Van Nuys, CA 91410

Enlace al sitio web del departamento de seguros de su estado

Visite la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) en **www.naic.org**.

Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal del uso ilegal. Por información personal, nos referimos a la información que puede identificarlo como persona, así como a su información financiera y de salud.

La información personal no incluye lo que está disponible para el público. Por ejemplo, cualquiera puede acceder a información sobre lo que cubre el plan. Tampoco incluye informes que no lo identifican.

Resumen de la Política de privacidad de Aetna

Cuando sea necesario para su atención o tratamiento, la operación de nuestros planes de salud u otras actividades relacionadas, usamos información personal dentro de nuestra compañía, la compartimos con nuestros afiliados y podemos divulgarla a:

- Sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores
- Otras aseguradoras
- Prestadores
- Departamentos del gobierno
- Administradores externos (esto incluye patrocinadores del plan o empleadores)

Se les exige a estas partes que mantengan su información privada como lo estipula la ley.

Algunas de las formas en que podemos usar su información incluyen:

- Pagar reclamaciones
- Tomar decisiones sobre lo que cubre el plan
- Coordinación de pagos con otras aseguradoras
- Evaluación de calidad
- Actividades para mejorar nuestros planes
- Auditorías

Consideramos que estas actividades son clave para el funcionamiento de nuestros planes. Cuando lo permita la ley, usamos y divulgamos su información personal de las maneras explicadas anteriormente sin su permiso. Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las formas en que usamos y divulgamos su información. También explica cuándo necesitamos su permiso para usar o divulgar su información.

Estamos obligados a darle acceso a su información. Si cree que hay algo incorrecto o que falta en su información personal, puede solicitar que se modifique. Debemos completar su solicitud dentro de un tiempo razonable. Si nosotros no estamos de acuerdo con la modificación, usted puede presentar una apelación.

Para obtener más información sobre nuestro aviso de privacidad o si desea una copia, llame al número gratuito que figura en su identificación o ingrese a **aetna.com**.

Derechos de los miembros

Publicamos una lista de derechos y responsabilidades en nuestro sitio web. Visite [aetna.com/individuals-families/member-rights-resources.html](https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources.html) para ver la lista. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al **1-877-238-6200** y pedir una copia impresa.

Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de los proveedores puede cambiar sin aviso. Aetna no brinda atención ni garantiza acceso a los servicios dentales. Si bien se considera que la información es precisa a la fecha de producción, está sujeta a cambios.

If you need this material translated into another language, please call Member Services at 1-877-238-6200. Si usted necesita este material en otro lenguaje, por favor llame a Servicios al Miembro al 1-877-238-6200.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente ilegalmente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia lingüística.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame al **1-877-238-6200**.

Si usted considera que nosotros no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos en función de alguna de las clases protegidas mencionadas anteriormente, puede presentar una queja ante el coordinador de Derechos Civiles a través de las siguientes vías:

Civil Rights Coordinator,

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

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

Fax: **859-425-3379** (clientes de HMO de CA: **860-262-7705**), **CRCoordinator@aetna.com**.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, que se encuentra disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en: U.S. Department of Health and Human Services,

200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o al **1-800-368-1019,**

800-537-7697 (TDD).

The Aetna logo consists of the word "aetna" in a bold, lowercase, sans-serif font. The letter "a" is stylized with a dot above it. A registered trademark symbol (®) is located at the top right of the letter "a".

