

# Divulgación de información importante

**Organización de mantenimiento de la salud dental (DMO®) (en Virginia, DNO†)**

† DNO (Red solo dental) en Virginia no es una HMO. Para recibir los beneficios máximos, los miembros deben elegir un dentista de atención primaria participante para coordinar su atención con los proveedores de la red.

## Índice

<b>Comprenda su plan de beneficios.....</b>	<b>2</b>
<b>Obtenga información del plan en línea y por teléfono .....</b>	<b>2</b>
Si ya está inscrito en un plan dental de Aetna .....	2
¿Todavía no es miembro?.....	3
Su estado puede tener información de contacto adicional .....	3
Ayuda para quienes hablan otro idioma y para las personas con problemas auditivos .....	3
<b>Busque proveedores de atención dental en nuestra red .....</b>	<b>4</b>
Transición de la atención: cuando un dentista abandona la red....	5
<b>Costos y normas para usar su plan.....</b>	<b>5</b>
Lo que usted paga.....	5
Atención de urgencia y emergencia .....	6
Elija un dentista de atención primaria (PCD).....	6
Remisiones: su PCD lo derivará a un dentista especializado cuando sea necesario .....	7
<b>Conozca lo que está cubierto .....</b>	<b>7</b>
Sin cobertura debido a sanciones de los Estados Unidos.....	7
<b>Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros.....</b>	<b>7</b>
Reclamos, apelaciones y revisión externa.....	7
<b>Protegemos su privacidad .....</b>	<b>9</b>
Resumen de la Política de privacidad de Aetna.....	9
<b>Derechos de los miembros .....</b>	<b>9</b>
Cómo les pagamos a los proveedores.....	11

## 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.

**Es posible que este plan de cuidado administrado no cubra todos sus gastos de atención dental. Lea su contrato cuidadosamente para determinar qué servicios de atención dental están cubiertos. Para comunicarse con el plan, llame al 1-877-238-6200.**

### Colorado

Esta política no incluye la cobertura de servicios dentales pediátricos según lo exige la ley federal. La cobertura de los servicios dentales pediátricos puede adquirirse en el estado de Colorado como un plan independiente o como un beneficio cubierto en otro plan de salud. Comuníquese con su compañía o agente de seguros o Connect for Health Colorado para comprar un plan que incluya cobertura dental pediátrica o un plan dental independiente de intercambio calificado que incluya cobertura dental pediátrica.

## 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. Simplemente regístrese una vez para crear un nombre de usuario y una contraseña.

Tenga a mano su identificación de Aetna para registrarse. Ingrese a **aetna.com** y haga clic en "Log In" (Iniciar sesión). Siga las instrucciones para completar el registro por única vez.

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

**Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna o más. Los beneficios dentales y los planes de seguro dental están suscritos por Aetna Dental Inc., Aetna Dental de California, Inc., Aetna Health Inc. o Aetna Life Insurance Company (Aetna). Cada aseguradora tiene responsabilidad financiera absoluta por sus propios productos.**

## ¿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.

### Su estado puede tener información de contacto adicional

#### Número de teléfono de la División de Seguros de Hawái:

Puede comunicarse con la División de Seguros de Hawái y la Oficina de Reclamos del Consumidor al **1-808-586-2790**.

#### Maryland

Para problemas de calidad de la atención y reclamos de seguro de vida y atención médica, puede comunicarse con:

Aetna Dental Grievance and Appeals Unit  
PO Box 14080

Lexington, KY 40512-4080

Número de teléfono gratuito: **1-877-238-6200**

Maryland Insurance Administration of Life and Health Insurance Complaints

200 Saint Paul Place, Suite 2700

Baltimore, MD 21202

Número de teléfono gratuito: **1-800-492-6116**

Número de teléfono local: **410-468-2244**

Fax: **410-468-2243**

Para obtener ayuda para resolver una disputa de facturación o pago con el plan dental o su proveedor de atención dental, puede comunicarse con:

Aetna Dental Grievance and Appeals Unit  
PO Box 14080

Lexington, KY 40512-4080

Teléfono: **1-877-238-6200**

Health Education and Advocacy Unit

Consumer Protection Division

Office of the Attorney General

200 Saint Paul Place, 16th Floor

Baltimore, MD 21202

Teléfono: **410-528-1840**

Fax: **410-576-7040**

Dirección de correo electrónico: [heau@oag.state.md.us](mailto:heau@oag.state.md.us).

<http://www.oag.state.md.us/Consumer/HEAU.htm>

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

Si necesita asistencia lingüística, llame al Departamento de Servicios para miembros al **1-877-238-6200**. 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 Member Services at **1-877-238-6200**. 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.

Nada de lo aquí contenido deberá ser interpretado como una exigencia para que el plan pague honorarios de asesoramiento o cualquier otra tarifa o costo en el que un miembro incurra para presentar un reclamo o apelación.

## Información de contacto de Virginia

Si necesita comunicarse con alguien sobre este seguro por algún motivo, comuníquese con su agente. Si ningún agente estuvo involucrado en la venta de este seguro, o si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con la compañía de seguros que emite este seguro a la siguiente dirección y número de teléfono:

Aetna Life Insurance Company  
PO Box 14080  
Lexington, KY 40512-4597  
Número de teléfono gratuito: **1-877-238-6200**

Si no ha podido comunicarse u obtener una respuesta satisfactoria de la compañía o el agente, también puede comunicarse a:

The Virginia State Corporation Commission  
Bureau of Insurance  
PO Box 1157  
Richmond, Virginia 23218-1157  
Número de teléfono: **804-371-9741**  
o **1-800-552-7945** (solo para VA)

The Office of the Managed Care  
Ombudsman Bureau of Insurance  
PO Box 1157  
Richmond, Virginia 23218  
Número de teléfono gratuito: **1-877-310-6560**,  
seleccione la opción **1**  
Fax: **804-371-9944**  
Correo electrónico: **ombudsman@scc.virginia.gov**

Virginia Department of Health  
Complaint Intake Office of Licensure and Certification  
9960 Mayland Drive, Suite 401  
Henrico, VA 23233-1463  
Número gratuito: **1-800-955-1819**  
Área del metro de Richmond: **804-367-2106**  
Fax: **804-527-4503**  
Correo electrónico: **OLC-Complaints@vdh.virginia.gov**

Es preferible para el estado mantener una correspondencia escrita, ya que así se conserva un registro de su consulta. Cuando se comuniquen con su agente, compañía o el Departamento de Seguros, tenga a mano su número de póliza.

Aetna Life Insurance Company está regulada como un plan de seguro de salud de cuidado administrado (MCHIP) y, como tal, está sujeto a la regulación tanto del

Departamento de Seguros de la Comisión de Corporaciones del Estado de Virginia como del Departamento de Salud de Virginia.

## 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 Care" (Buscar atención) 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

### Obtenga un directorio impreso GRATUITO

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

### Georgia

Los miembros pueden llamar sin cargo al **1-877-238-6200** para confirmar si un proveedor dental está dentro de la red y si acepta nuevos pacientes. Un resumen de cualquier acuerdo o contrato entre Aetna y cualquier proveedor de atención dental estará disponible a

solicitud. Puede pedirlo llamando al número de teléfono del Departamento de Servicios para miembros. El resumen no incluirá acuerdos financieros sobre tarifas, reembolsos, cargos o tarifas reales negociados por Aetna y el proveedor. El resumen incluirá una categoría o tipo de compensación pagada por Aetna a cada clase de proveedor bajo contrato con Aetna.

### **Illinois**

Si bien cada dentista de atención primaria incluido en el directorio dental tiene contrato con Aetna para proporcionar servicios de atención primaria, no todos los proveedores enumerados aceptarán pacientes nuevos. Aunque, en el momento en que se creó el directorio dental, identificamos a los proveedores que sabíamos que no aceptaban pacientes, es posible que el estado de la consulta dental haya cambiado. Para obtener la información más actualizada sobre el cambio de estado de cualquier consultorio dental, comuníquese con el dentista seleccionado o con el Departamento de Servicios para miembros al **1-877-238-6200**. Puede obtener más información sobre la red, los proveedores participantes o nuestros procedimientos de queja a través del directorio con herramientas de búsqueda de proveedores en línea en **aetna.com** o llamando al Departamento de Servicios para miembros.

### **Kentucky**

Cualquier proveedor de atención dental que cumpla con nuestros criterios de inscripción y que esté dispuesto a cumplir con los términos y condiciones de participación tiene derecho a convertirse en un proveedor participante en nuestra red.

Tiempos de espera habituales:

- Atención de emergencia/de urgencia inmediata: dentro de 24 horas
- Atención de rutina: dentro de 5 semanas
- Consulta de limpieza de rutina: dentro de las 8 semanas

### **Míchigan**

Póngase en contacto con el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Míchigan al **517-284-8800** para verificar las licencias de los proveedores participantes o para acceder a información sobre reclamos formales y acciones disciplinarias presentadas o tomadas contra los proveedores participantes.

## **Transición de la atención: cuando un dentista abandona la red**

Nuestros contratos están diseñados para proporcionar la transición de la atención si el contrato del proveedor de atención dental que lo atiende finaliza.

- (1) Los proveedores de atención dental participantes están obligados por contrato a continuar el tratamiento de ciertos miembros después de la finalización por cualquier motivo, como se detalla a continuación:

“El proveedor se mantendrá obligado a la entera discreción de la compañía para proporcionar servicios cubiertos a: (a) cualquier miembro que reciba tratamiento activo del proveedor en el momento de la finalización hasta que el tratamiento se complete a entera satisfacción de la compañía o la transición ordenada de la atención de dicho miembro a otro proveedor por parte de la filial correspondiente de la empresa; y (b) cualquier miembro, a solicitud de dicho miembro o del pagador correspondiente, hasta la fecha de aniversario del plan respectivo de dicho miembro o por un (1) año calendario, el que sea menor. Los términos de este acuerdo se aplicarán a dichos servicios”.

- (2) En casos de finalización del proveedor, con el fin de permitir la transición de los miembros con interrupción mínima a los proveedores participantes, Aetna puede permitir que un miembro que cumpla con ciertos requisitos continúe un “tratamiento activo” para los beneficios cubiertos con un proveedor no participante para un período de transición sin multas sujeto a cualquier gasto de bolsillo descrito en el diseño del plan del miembro.

## **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.

- **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.

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.

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.

**Carolina del Norte y Connecticut: si no puede encontrar un dentista de la red o tiene una demora irrazonable para una consulta**

Usted puede solicitar la aprobación para obtener el nivel de beneficios dentro de la red cuando un dentista de la red no está disponible dentro de las 40 millas para los servicios cubiertos o la primera consulta disponible es posterior a estos plazos razonables:

- Atención de emergencia: dentro de 24 horas
- Atención de rutina: dentro de 5 semanas
- Consulta de limpieza: dentro de 8 semanas

Llame al Departamento de Servicios para miembros para obtener ayuda para encontrar un dentista disponible dentro de la red. Si ninguno está disponible, el Departamento de Servicios para miembros puede autorizarlo a recibir servicios de un dentista fuera de la red. Sus costos de bolsillo serán los mismos que si recibiera servicios dentro de la red.

\* Debido a la legislación estatal, existen beneficios limitados de DMO® (que varían en cada estado) para servicios que no son de emergencia que brindan proveedores no participantes para los contratos del plan celebrados en: CT, IL, KY y OH y para miembros que residen en MA y OK (independientemente del estado de localización del contrato). En Illinois, los planes DMO brindan beneficios limitados fuera de la red. Sin embargo, para recibir el máximo de beneficios, los miembros deben seleccionar y coordinar la atención con un dentista de atención primaria participante. En Illinois, el plan DMO no es un HMO.

**Atención de urgencia y emergencia**

Si está cubierto por el plan DMO y necesita atención dental de emergencia para el tratamiento paliativo (alivio del dolor, estabilización) de una emergencia dental, tiene cobertura las durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Debe comunicarse con su dentista de atención primaria (PCD) para recibir tratamiento. Si no puede comunicarse con su PCD, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros para obtener ayuda para encontrar un dentista. Para obtener detalles, consulte la documentación de su plan. Esta atención está sujeta a los requisitos del estado. Los asesores dentales pueden revisar la atención dental de emergencia fuera del área para verificar la necesidad del tratamiento de emergencia.

**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.

**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 número de identificación del consultorio de su dentista de atención primaria en su formulario de inscripción. Puede encontrar este número de identificación del consultorio en el directorio en línea de Aetna.com. 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.

## Conozca lo que está cubierto

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 [www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx](http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx).

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

## 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](http://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 la dirección correspondiente siguiendo esta información:

Zona noreste, incluye estados del Atlántico Medio y el noreste (CT, DE, DC, IL, IN, KY, ME, MD, MA, MI, NH, NJ, NY, OH, PA, RI, VA, VT, WV, WI)

Aetna Dental Grievance and Appeals Unit  
PO Box 14080  
Lexington, KY 40512-4080

Zona sur (AL, AR, FL, GA, LA, MS, NC, OK, SC, TN, TX)

Aetna Dental Grievance and Appeals Unit  
PO Box 14597  
Lexington, KY 40512-4597

Zona oeste (AK, AZ, CA, CO, HI, IA, ID, KS, MN, MO, MT, ND, NE, NV, NM, OR, SD, UT, WA, WY)

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](http://www.naic.org).

### **Proceso de apelación de Kentucky**

(1) Como miembro de Aetna, tiene derecho a presentar una apelación sobre los servicios que ha recibido de su proveedor de atención dental o Aetna cuando no esté satisfecho con el resultado de la determinación inicial, y la solicitud se refiere a un cambio en la decisión sobre:

- Certificación de servicios de atención médica
- Pago de reclamaciones
- Interpretación del plan
- Determinación de beneficios
- Elegibilidad

(2) Usted o su representante autorizado pueden presentar una apelación dentro de los 180 días de una determinación inicial. Puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al **1-877-238-6200**.

(3) Un asesor sobre resoluciones para clientes acusará recibo de la apelación dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción. Un asesor sobre resoluciones para clientes puede llamarlo a usted

o a su proveedor de atención dental para obtener registros dentales u otra información pertinente.

(4) Nuestro objetivo es completar el proceso de apelación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su apelación. Los registros de apelaciones son revisados por una persona que no participó en ninguna determinación de cobertura previa relacionada con la apelación y que no es un subordinado de la persona que presentó una determinación de cobertura anterior. Un dentista u otro profesional clínico apropiado revisará las apelaciones clínicas. Se le enviará una carta de resolución una vez que complete la apelación. Es importante tener en cuenta que un miembro cubierto tiene derecho a presentar información clínica nueva en cualquier momento durante la apelación de una determinación adversa o denegación de cobertura a una aseguradora o proveedor.

(5) Si la apelación es sobre una decisión de no certificar servicios urgentes o en curso, se debe solicitar como una apelación acelerada. Un ejemplo de apelación acelerada es un caso en el que una demora en tomar una decisión podría poner en grave peligro la vida o la salud del miembro o poner en peligro la capacidad del miembro para recuperar la función máxima. Una apelación acelerada se resolverá en un plazo de 72 horas. Si no está de acuerdo con la determinación final de la revisión, tiene derecho a iniciar una acción civil de conformidad con lo estipulado en la Sección 502 (a) de la Ley de Garantía de los Ingresos Jubilatorios del Empleado (ERISA), si corresponde.

(6) Si no está satisfecho con el resultado de una apelación clínica y el monto del tratamiento o servicio le costaría a la persona cubierta al menos \$100.00 si no tuviera seguro, puede solicitar una revisión a una organización de revisión externa (ERO). La solicitud debe realizarse dentro de los 60 días posteriores a la revisión final interna. Se incluirá un formulario de solicitud en su carta de determinación final. También se puede obtener llamando al Departamento de Servicios para miembros. La ERO tomará una decisión dentro de los 21 días calendario desde la fecha de su solicitud. Un proceso acelerado está disponible para abordar urgencias clínicas. Si no está de acuerdo con la decisión sobre su derecho a una revisión externa, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de Kentucky.



(7) Como miembro, puede comunicarse en cualquier momento con la agencia estatal local que regula los planes de servicios de atención médica para asuntos relacionados con reclamos y apelaciones que Aetna no resolvió o no resolvió de manera satisfactoria. Las solicitudes pueden enviarse a:

Kentucky Department of Insurance  
PO Box 517  
Frankfort, KY 40602-0517

(8) Usted y su plan pueden tener otras opciones de resolución voluntaria alternativa de disputas, como la mediación. Una forma de averiguar qué opciones pueden estar disponibles es ponerse en contacto con el administrador de su plan, la oficina local del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y el organismo regulador de seguros de su estado.

## 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)

Obtenemos información de muchas fuentes diferentes, en especial, de usted, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, si corresponde, otras aseguradoras, organizaciones para el mantenimiento de la salud o administradores externos y proveedores de atención médica.

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** para ver la lista. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al **1-877-238-6200** y pedir una copia impresa.

## **Hawái**

Consentimiento informado: los miembros tienen derecho a estar completamente informados antes de tomar cualquier decisión sobre cualquier tratamiento, beneficio o no tratamiento. Su proveedor dental hará lo siguiente:

- Hablar sobre todas las opciones de tratamiento incluida la opción de no recibir tratamiento en absoluto
- Asegurarse de que las personas con discapacidad tengan un medio efectivo de comunicación con el proveedor y otros miembros del plan de cuidado administrado
- Hablar sobre todos los riesgos, beneficios y consecuencias del tratamiento y el no tratamiento

## **Kansas**

La legislación de Kansas le permite tener la siguiente información, si la solicita:

- Una descripción completa de los servicios, productos y otros beneficios de atención dental a los cuales el asegurado tiene derecho a acceder en el plan dental particular que cubre o se le ofrece a esa persona
- Una descripción de las limitaciones, excepciones o exclusiones de la cobertura en el plan de beneficios dentales, incluidas las políticas de autorización previa u otras disposiciones que restrinjan el acceso a los servicios o productos cubiertos por parte del asegurado
- Una lista de los proveedores de atención dental participantes del plan, sus direcciones comerciales y números de teléfono, su disponibilidad, y cualquier limitación en la elección del proveedor por parte del asegurado
- Notificación por adelantado de cualquier cambio en el plan de beneficios dentales que reduzca la cobertura o los beneficios o aumente el costo para dicha persona
- Una descripción de los procedimientos de queja y apelación disponibles dentro del plan de beneficios dentales y los derechos del asegurado con respecto a la finalización, cancelación de su inscripción, no renovación o cancelación de la cobertura

## **Estado de Washington**

Los siguientes materiales están disponibles: todos los documentos mencionados en el acuerdo de inscripción; cualquier procedimiento de autorización previa aplicable; acuerdos de compensación con dentistas y descripciones y justificación para programas de compensación a proveedores; circunstancias bajo las cuales el plan puede denegar en forma retrospectiva la cobertura previamente autorizada.

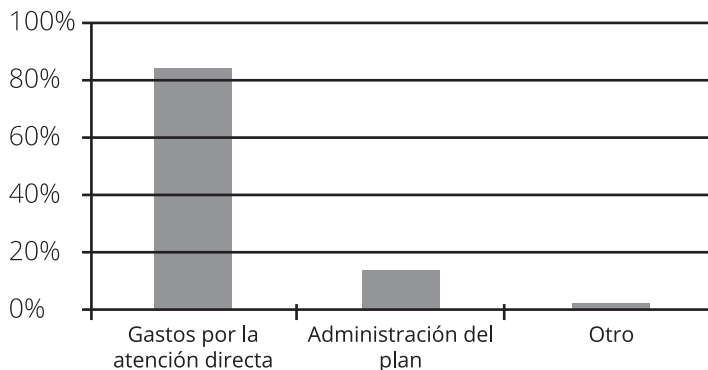
# Divulgación de la Organización para el Mantenimiento Dental (DMO) de Maryland

## Cómo les pagamos a los proveedores

Términos	Estos ejemplos muestran qué compensación recibiría la Dra. Jones, una ginecóloga obstetra, según cada método de pago.	Porcentaje de dentistas pagados por cada método
Salario	<p>Un médico es un empleado de Aetna y se le paga una compensación (salario monetario) por brindar servicios de atención médica específicos. Como la Dra. Jones es empleada de Aetna, recibe su salario bisemanal habitual independientemente de la cantidad de pacientes que atienda o la cantidad de servicios que brinde. Durante los meses en los que le proporciona atención prenatal a la Sra. Smith, que es miembro de Aetna, el salario de la Dra. Jones no cambia.</p> <p>Aunque el bebé de la Sra. Smith nazca por cesárea, un procedimiento más complicado que un parto vaginal, el tipo de parto no tendrá ningún efecto sobre el salario de la Dra. Jones.</p>	0%
Capitación	<p>Aetna le paga a un médico (o grupo de médicos) una cantidad fija de dinero por mes por cada paciente que elige a ese médico o grupo de médicos como su médico. El pago se fija sin tener en cuenta el volumen de servicios que requiere un paciente individual. Según este tipo de acuerdo contractual, la Dra. Jones participa en una red de Aetna. Ella no es empleada de Aetna. Su contrato con Aetna estipula que se le paga una cierta cantidad cada mes por los pacientes que la eligen como su médica. Como la Sra. Smith es miembro de Aetna, el pago mensual de la Dra. Jones no cambia porque ella le brinde atención continua a la Sra. Smith. El monto de capitación pagado a la Dra. Jones es el mismo ya sea si la Sra. Smith requiere servicios obstétricos o no.</p>	48%
Pago por servicio	<p>Un médico cobra una tarifa por cada consulta, procedimiento médico o servicio médico proporcionado a un paciente. Una HMO paga la tarifa completa para los médicos que tiene bajo contrato y una aseguradora paga la totalidad o parte de esa tarifa, dependiendo del tipo de cobertura. Se espera que el paciente pague el resto. El contrato de la Dra. Jones con la aseguradora o Aetna establece que a la Dra. Jones se le pagará una tarifa por cada consulta de un paciente y por cada servicio que brinde. La cantidad que reciba la Dra. Jones dependerá de la cantidad, los tipos y la complejidad de los servicios, y del tiempo que dedique a brindarle los servicios a la Sra. Smith. Debido a que los partos por cesárea son más complicados que los partos vaginales, a la Dra. Jones se le paga más por la cesárea del bebé de la Sra. Smith que por un parto vaginal. Es posible que la Sra. Smith deba pagar una parte de la factura.</p>	1%

Términos	Estos ejemplos muestran qué compensación recibiría la Dra. Jones, una ginecóloga obstetra, según cada método de pago.	Porcentaje de dentistas pagados por cada método
Descuento en el pago por servicio	El pago es menor que la tarifa que generalmente recibe el médico por cada consulta, procedimiento médico o servicio de un paciente. Este acuerdo es el resultado de un acuerdo entre el pagador, que obtiene costos más bajos y el médico, que generalmente obtiene un mayor volumen de pacientes. Al igual que el pago por servicio, este tipo de acuerdo contractual implica que Aetna le pague a la Dra. Jones por cada consulta de un paciente y cada parto; pero, según este acuerdo, la tarifa, acordada de antemano, es menor que la tarifa habitual de la Dra. Jones. La Dra. Jones espera que, a cambio de aceptar una tarifa reducida, atienda a un cierto número de pacientes. Para cada procedimiento que realiza, Aetna le pagará a la Dra. Jones una tarifa con descuento.	51%
Bonificación	A un médico se le paga una cantidad adicional sobre lo que se le paga por salario, capitación, pago por servicio u otro tipo de acuerdo de pago. Las bonificaciones pueden depender de muchos factores, incluida la satisfacción de los miembros, la calidad de la atención, el control de los costos y el uso de los servicios. Aetna recompensa a su personal médico o sus médicos contratados que hayan demostrado una calidad y productividad superiores a la media. Debido a que la Dra. Jones ha participado en los partos de tantos bebés y sus pacientes y colegas médicos la han calificado muy bien, la Dra. Jones recibirá un premio monetario además de su pago habitual.	0%
Tarifa por caso	Aetna y el médico acuerdan por adelantado que el pago cubrirá una combinación de servicios proporcionados por el médico y el hospital para un episodio de atención. Este tipo de acuerdo estipula cuánto pagará Aetna por los servicios obstétricos de un paciente. Todas las consultas para recibir atención prenatal y postnatal, así como el parto y los cargos relacionados con el hospital están cubiertos por una tarifa. La Dra. Jones, el hospital y otros proveedores (como un anestesiólogo) dividirán el pago de Aetna por la atención brindada a la Sra. Smith.	0%

## Distribución del pago de la prima



El costo de la provisión de servicios dentales en el estado de Maryland no excedió los ingresos provenientes de la prima de \$100.

\* Los gastos dentales incluyen los costos de los servicios dentales, otros servicios profesionales, remisiones, consultas a la sala de emergencia, hospitalizaciones y farmacia

\*\* Los gastos administrativos incluyen, entre otros: ocupación, depreciación y amortización de propiedad, comercialización, salarios, gastos por intereses y gastos contables y corporativos.

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)**.



TTY: 711

To access language services at no cost to you, call 1-888-982-3862 .

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-888-982-3862 . (Spanish)

如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-982-3862 。 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-982-3862 . (French)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-888-982-3862 . (Tagalog)

T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo búáh ílínígóó koji' hólne' 1-888-982-3862 . (Navajo)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-888-982-3862 an. (German)

የድንድ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-888-982-3862 ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) . للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-888-982-3862

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে এই নম্বরে টেলিফোন করুন: 1-888-982-3862 | (Bengali)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-888-982-3862 पर कॉल करें। (Hindi)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-888-982-3862 . (Ibo)

무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

M̄ dyi wuḍu-dù kà kò dò bĕ dyi móuń ni Pídyi ní, níí, dá nòbà nià kɛ:1-888-982-3862. (Kru-Bassa)

(Persian-Farsi) برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-982-3862 تماس بگیرید.

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-982-3862 . (Russian)

(Urdu) بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-888-982-3862 پر بات کریں۔

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-888-982-3862 . (Vietnamese)

Lati wọnú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-888-982-3862 . (Yoruba)

**Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna o más.**