

# Divulgación de información importante

## Servicios dentales individuales

## Organización de proveedores dentales preferidos (preferred provider organization, PPO)

## Red dental participante (Participating dental network, PDN)\*

### \*Texas

En Texas, la organización de proveedores preferidos (PPO) es conocida como la Red dental participante (PDN). Consulte la descripción general del diseño del plan y el resumen de los beneficios que se encuentran en su paquete de preinscripción para obtener una breve descripción de los servicios y beneficios cubiertos por su plan en particular, así como también los servicios y beneficios que están excluidos. Después de la inscripción, puede consultar los documentos de su plan para obtener una descripción más completa de los servicios y beneficios cubiertos y las exclusiones de su plan. Para obtener información sobre si un servicio específico está cubierto o excluido, comuníquese con Servicios al Miembro al **1-877-238-6200 (TTY: 711)**.

# Índice

<b>Comprenda su plan de beneficios.....</b>	<b>2</b>
Ayuda para quienes hablan otro idioma y para las personas con problemas auditivos.....	2
<b>Obtenga información del plan en línea y por teléfono .....</b>	<b>3</b>
Si ya está inscrito en un plan Aetna Dental® .....	3
¿Todavía no es miembro?.....	3
Su estado puede tener información de contacto adicional .....	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
Sus costos cuando sale de la red.....	6
Cómo pagamos a dentistas que no están en nuestra red .....	7
Atención de urgencia y emergencia .....	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>8</b>
Reclamos, apelaciones y revisión externa.....	8
<b>Protegemos su privacidad .....</b>	<b>9</b>
Resumen de la Política de privacidad de Aetna® .....	9
<b>Derechos del miembro .....</b>	<b>10</b>

## Comprenda su plan de beneficios

Los planes PPO de Aetna Dental® 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: Folleto-certificado y los anexos y las actualizaciones que vienen con ellos. Si no puede encontrar los documentos de su plan, llame a Servicios al Miembro al **1-877-238-6200 (TTY: 711)** para solicitar una copia.

Los servicios cubiertos pueden incluir atención dental proporcionada por dentistas generales y dentistas especializados. Sin embargo, es posible que se apliquen ciertas limitaciones. Por ejemplo, el plan dental excluye o limita la cobertura de algunos servicios, entre los que se incluyen, entre otros, procedimientos estéticos y experimentales.

A continuación, se proporciona información general sobre los planes PPO o PDN de Aetna Dental. Los miembros deben consultar los documentos de su plan para obtener una descripción completa de los servicios dentales cubiertos y las exclusiones y limitaciones aplicables.

### **No toda la información de este folleto se aplica a su plan específico**

La información específica de cada estado mencionada en este folleto no se aplica a todos los planes. Para estar seguro, revise los documentos de su plan, pregunte a su administrador de beneficios o llame a Servicios al Miembro de Aetna.

### **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, y se puede comprar 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.

**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 of California, Inc., Aetna Health Inc. o Aetna Life Insurance Company (Aetna). Cada aseguradora tiene responsabilidad financiera absoluta por sus propios productos.**

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

Si necesita asistencia lingüística, llame a Servicios al Miembro 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.

# Obtenga información del plan en línea y por teléfono

## Si ya está inscrito en un plan Aetna Dental®

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 para miembros.**

Puede obtener información de cobertura sobre 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. Luego, ingrese a **aetna.com** y haga clic en "Login" (Iniciar sesión). Siga las instrucciones para completar el registro por única vez.

Luego, podrá iniciar sesión en cualquier momento para realizar las siguientes acciones:

- Ver e 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
- Encontrar servicios de atención dentro de la red

### (2) **Llame a Servicios al Miembro al número gratuito que aparece en su identificación de Aetna o al número gratuito 1-877-238-6200 (TTY: 711).**

Puede hablar con un representante para:

- Comprender cómo funciona su plan o lo que va a pagar
- Obtener información sobre cómo presentar una reclamación
- 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

## ¿Todavía no es miembro?

Para ayudar a entender cómo funciona un plan dental en particular, debe revisar los documentos de su plan.

## 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 **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 (TTY: 711)**

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 (TTY: 711)**

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**  
**oag.state.md.us/Consumer/HEAU.htm**

Puede presentar un reclamo o una apelación, pero tendrá que pagar todos los honorarios relacionados con la acción. El plan no está obligado a pagar ningún gasto en el que usted incurra.

## 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 (TTY: 711)**

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

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**

Dirección de 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 de teléfono gratuito: **1-800-955-1819**

Área del metro de Richmond: **804-367-2106**

Fax: **804-527-4503**

Correo electrónico: **OLC-Complaints@vdh.virginia.gov**

Preferimos la correspondencia escrita, ya que así podemos llevar un registro de su consulta. Cuando se comunique 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 (Managed Care Health Insurance Plan, 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 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 "Not a member yet?" (¿Aún 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 lo siguiente:

- A qué facultad asistió el dentista
- El estado de la certificación del consejo
- Los idiomas que habla
- El género
- Las 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 (TTY: 711)**.

### Georgia

Los miembros pueden llamar sin cargo al **1-877-238-6200 (TTY: 711)** para confirmar si un proveedor dental está dentro de la red o si acepta nuevos pacientes. Puede solicitar un resumen de cualquier acuerdo o contrato entre Aetna y cualquier proveedor de atención dental, llamando a Servicios al Miembro. El resumen no incluirá acuerdos financieros sobre tarifas, reembolsos, cargos u honorarios 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 creamos el directorio dental, identificamos a los proveedores que no aceptaban pacientes, es posible que el estado de la consulta dental haya cambiado. Para obtener la información más actualizada sobre un consultorio dental, comuníquese con el dentista seleccionado o con a Servicios al Miembro al **1-877-238-6200 (TTY: 711)**. Puede obtener más información sobre la red, los proveedores participantes o nuestros procedimientos de queja a través de la herramienta de búsqueda de proveedores en línea en **aetna.com** o simplemente llamando a Servicios al Miembro.

## 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:

- Emergencia: de inmediato
- Atención de urgencia: dentro de las 24 horas
- Atención de rutina: dentro de las 5 semanas
- Consulta de limpieza de rutina: dentro de las 8 semanas

## Míchigan

Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para el Consumidor e Industria de Míchigan al **517-284-8800** para verificar las licencias de los proveedores participantes. También puede llamar para obtener 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 deben, en virtud de los términos de su contrato, continuar el tratamiento de ciertos miembros incluso después de la finalización del contrato 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 compañía; 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 los casos en los que terminemos el contrato con un proveedor, podemos permitir que un miembro que cumpla con ciertos requisitos continúe un tratamiento activo para los beneficios cubiertos con un proveedor no participante durante un período de transición. El miembro no recibirá multas ni estará sujeto a ningún gasto que paga de su bolsillo descrito en el diseño del plan.

## Costos y normas para usar su plan

### Lo que usted paga

Usted compartirá los costos 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 lo siguiente:

- **Coseguro:** su parte de los costos de un servicio cubierto. Por lo general, 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.

Aviso: usted debe pagar 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

Puede elegir a un dentista de la red. O bien, puede optar por consultar a un dentista fuera de la red. Cubrimos el costo de la atención en función de si el dentista está dentro de la red o fuera de la red. Queremos ayudar a que comprenda cuánto pagará Aetna por su atención fuera de la red. Al mismo tiempo, queremos dejar en claro cuánto más tendrá que pagar usted por esta atención.

Si elige un dentista fuera de la red, su plan dental de Aetna Dental puede pagar parte de la factura del dentista. La mayoría de las veces, pagará mucho más dinero de su bolsillo si elige utilizar un dentista fuera de la red.

**Dentro de la red** significa que tenemos un contrato con ese dentista. Ellos acuerdan cuánto le cobrarán por los servicios cubiertos. Esa cantidad es, a menudo, menos de lo que cobrarían si no estuvieran en nuestra red. La mayoría de las veces, le cuesta menos consultar a los dentistas de nuestra red. Muchos planes pagan un porcentaje más alto de la factura si permanece dentro de la red. El dentista acuerda no facturarle ninguna cantidad por encima de su tarifa de contrato. Lo único que tiene que pagar es su coseguro o copagos, junto con cualquier deducible.

**Fuera de la red** significa que no tenemos un contrato de tarifas de descuento con ese dentista. No sabemos exactamente cuánto le cobrará un dentista fuera de la red. Si elige un dentista fuera de la red, su plan dental de Aetna Dental puede pagar parte de la factura del dentista. La mayoría de las veces, pagará mucho más dinero de su bolsillo si elige utilizar un dentista fuera de la red. Su dentista fuera de la red establece la tarifa que le cobrará. Puede ser más alta, a veces mucho más, que lo que su plan Aetna reconoce o permite. Su dentista puede cobrarle a usted la cantidad en dólares que Aetna no reconoce.

También debe pagar copagos, coseguros y deducibles de acuerdo con su plan. Ningún monto en dólares por encima del cargo reconocido se tiene en cuenta para su deducible o los límites de lo que paga de su bolsillo. Esto significa que usted es totalmente responsable de pagar todo lo que esté por encima del monto que Aetna permite para un servicio o procedimiento.

## Autorización para el nivel de beneficios dentro de la red cuando los servicios dentales cubiertos son proporcionados por un dentista no participante

Los miembros del plan dental PPO de Carolina del Norte pueden ser elegibles para recibir autorización para el nivel de beneficios dentro de la red cuando un dentista no participante les proporcione servicios dentales cubiertos. Si un miembro no puede encontrar un dentista general participante (dentro de las 75 millas) o un dentista de especialidad\* (dentro de un radio de 40 millas) o hay una demora irrazonable para una consulta, debe llamar a Servicios al Miembro.

Servicios al Miembro buscará un dentista participante para el miembro (dentro de las pautas de accesibilidad y de espera para las consultas) o autorizará al miembro a recibir servicios de un dentista fuera de la red. El costo que el miembro paga de su bolsillo será el mismo que si recibiera servicios de un dentista participante.

Miembros del plan dental PPO de Connecticut: pueden solicitar la aprobación para obtener el nivel de beneficios dentro de la red en su área cuando:

- Un dentista de la red no está disponible dentro de las 30 millas o los 45 minutos (15 millas o 30 minutos en el condado de Fairfield) para prestar los servicios cubiertos
- El tiempo de espera para la primera consulta disponible es posterior a estos plazos razonables:
  - Atención de urgencia: dentro de las 48 horas
  - Atención primaria que no sea de urgencia: dentro de los 10 días hábiles
  - Atención especializada que no sea de urgencia: dentro de los 15 días hábiles

Llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro si necesita ayuda para encontrar un dentista.

\*Los dentistas especializados incluyen endodoncistas, periodoncistas, odontopediatras, cirujanos dentales y ortodoncistas.

## Cómo pagamos a dentistas que no están en nuestra red

### PPO o PDN:

Cuando elige consultar a un dentista fuera de la red, Aetna paga por su atención médica utilizando los cargos frecuentes o razonables que obtenemos de una base de datos de la industria. Esto se aplica cuando elige recibir atención fuera de la red.

### PPO Max Plan (Plane de PPO Max) o Plane de PDN Max:

Usamos un cronograma de tarifas para pagar tanto a los dentistas dentro de la red como fuera de la red. Los dentistas dentro de la red han aceptado esta tarifa. Cuando elige consultar a un dentista fuera de la red, su coseguro se calcula en función del cronograma de tarifas (monto permitido), en lugar del cargo real del dentista. Los dentistas le cobrarán la diferencia entre lo que permite el plan y el cargo real por el servicio. Usted tendrá que pagar esto además de su parte habitual de los costos.

### Usar la red simplemente tiene sentido

- Hemos negociado tarifas con descuento para usted.
- Los dentistas dentro de la red no le facturarán los costos superiores a nuestras tarifas de los servicios cubiertos.
- Está en buenas manos con acceso a atención de calidad de nuestra red nacional.

### Atención de urgencia y emergencia

Si necesita atención dental de emergencia, tiene cobertura durante las 24 horas, los 7 días de la semana, en cualquier parte del mundo. Cuando un dentista participante de PPO o PDN proporciona los servicios de emergencia, el monto de su copago o coseguro se calculará con base en un cronograma de tarifas negociado.

Consulte los documentos de su plan. Esta atención está sujeta a los requisitos del estado. Nuestros asesores dentales pueden revisar la atención dental de emergencia fuera del área para verificar la necesidad del tratamiento de emergencia.

## Conozca lo que está cubierto

Puede evitar facturas inesperadas simplemente llamando a Servicios al Miembro al **1-877-238-6200 (TTY: 711)**, para averiguar qué está cubierto antes de recibir la atención.

Hemos desarrollado un programa de revisión clínica dental para ayudarnos a determinar qué servicios dentales están cubiertos por el plan dental y cuál es el alcance de esa cobertura. Algunos servicios pueden estar sujetos a una revisión después de recibir la atención. Solo los asesores dentales que son dentistas autorizados toman determinaciones clínicas. Les notificaremos a usted y a su dentista si denegamos la cobertura por algún motivo. La razón estará indicada en nuestra notificación. Para obtener más información sobre revisiones clínicas o cualquier otro tema, llame a Servicios al Miembro.

### 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 [treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx](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 de Servicios al Miembro para ver cómo funciona para usted.

Llame a Servicios al Miembro para presentar un reclamo de forma oral o para solicitar la dirección para enviar un reclamo por escrito. También puede enviarnos un correo electrónico a través de nuestro sitio web para miembros, **aetna.com**.

Si no está satisfecho después de hablar con un representante de Servicios al Miembro, 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 (National Association of Insurance Commissioners, NAIC) en **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 lo siguiente:
  - 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. Comuníquese con a Servicios al Miembro al número que aparece en su identificación.
- (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. Le enviaremos una carta de resolución cuando hayamos completado la apelación. Tenga 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 la decisión de no certificar servicios urgentes o en curso, debe solicitar 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 (External Review Organization, 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 puede obtener el formulario llamando a Servicios al Miembro. La ERO tomará una decisión dentro de los 21 días calendario posteriores a 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 alternativas de resolución voluntaria 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. Con 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 la 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 (Third-party administrators, TPA)

Obtenemos información de muchas fuentes diferentes, en especial, de usted, otras aseguradoras, organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO) o TPA y proveedores de atención médica.

La ley les exige a estas partes que mantengan la privacidad de su información.

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

- Pagar reclamaciones
- Tomar decisiones sobre lo que cubre el plan
- Coordinar pagos con otras aseguradoras
- Realizar evaluaciones de calidad
- Participar en actividades para mejorar nuestros planes
- Llevar a cabo auditorías

Consideramos que estas actividades son clave para el funcionamiento de nuestros planes. Cuando lo permite la ley, usamos y divulgamos su información personal sin su consentimiento de las maneras explicadas. Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las formas en que usamos y divulgamos su información. También explica cuándo necesitamos su consentimiento 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 solicitarnos que la modifiquemos. 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 **1-877-238-6200 (TTY: 711)** o ingrese a **aetna.com**.

## Derechos del miembro

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 a Servicios al Miembro al **1-877-238-6200 (TTY: 711)** para solicitar 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 de comunicación efectivo 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 obtener 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.

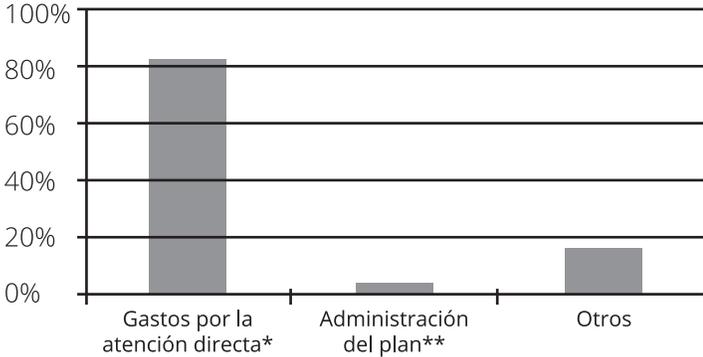
# Divulgación de información sobre el plan de indemnización dental de Maryland

## 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>	0%
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. El pago 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>	100%
Descuento en el pago por servicio	<p>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, a cambio de aceptar una tarifa reducida, atender a un cierto número de pacientes. Para cada procedimiento que realiza, Aetna le pagará a la Dra. Jones una tarifa con descuento.</p>	0%

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
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 muchos 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 anesthesiólogo) 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 publicación, está sujeta a cambios.

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

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)

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

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

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 nì 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)

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

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)