



## Resumen de beneficios dentales

	<u>Passive PDN</u> <u>Con la red PDNII</u>
Deducible anual*	
Individual	\$50
Familiar	\$150
Servicios preventivos	100%
Servicios básicos	80%
Servicios mayores	50%
Máximo beneficio anual	\$1,750
Copago por visita al consultorio	N/A
Servicios de ortodoncia (Adultos y niños)	50%
Deducible de ortodoncia	Ninguno
Máximo de por vida por ortodoncia	\$1,500

\*El deducible se aplica a: servicios básicos y mayores solamente.

Lista parcial de servicios	<u>Passive PDN</u> <u>Con la red PDNII</u>
<b>Preventivo</b>	
Exámenes orales (a)	100%
Limpiezas (a) adulto/niño	100%
Fluoruro (a)	100%
Selladores (sólo para molares permanentes) (a)	100%
Imágenes de mordida (a)	100%
Serie de imágenes de toda la boca (a)	100%
Mantenedores de espacio	100%
<b>Básico</b>	
Terapia de conducto de la raíz, molares	80%
Alargamiento de corona	80%
Anestesia general/sedación intravenosa*	80%
Remoción quirúrgica de diente impactado (parcial o totalmente)	80%
Cirugía ósea (a)*	80%
Terapia de conducto de la raíz	
Diente anterior/diente bicúspide	80%
Escamación y limadura de raíces (a)	80%
Gingivectomía (a)*	80%
Obturación con amalgama (de plata)	80%
Obturación con resina (solamente dientes anteriores)	80%
Coronas de acero inoxidable	80%
Incisión y drenaje de abscesos*	80%
Extracciones sin complicaciones	80%
Remoción quirúrgica de diente erupcionado*	80%
Remoción quirúrgica de diente impactado (tejido blando)*	80%
<b>Mayor</b>	
Implantes	50%
Incrustaciones	50%
Sobrepuestos	50%
Coronas	50%
Dentaduras postizas completas y parciales	50%
Pónticos	50%
Reparación de dentaduras postizas	50%
Reconstrucciones de coronas	50%

\*Algunos servicios pueden estar cubiertos en el plan médico. Comuníquese con Servicio a Miembros para obtener información detallada.  
(a) Estos servicios pueden tener limitaciones de edad y/o frecuencia. Tales limitaciones se describen en el Folleto Certificado.

## Información adicional importante

## Resumen de beneficios dentales

This Aetna Dental® Participating Dental Network (PDN) benefits summary is provided by Aetna Life Insurance Company for some of the more frequently performed dental procedures. Under the Dental Participating Dental Network (PDN) plan, you may choose at the time of service either a PDN participating dentist or any nonparticipating dentist. With the PDN plan, savings are possible because the participating dentists have agreed to provide care for covered services at negotiated rates. Non-participating benefits are subject to recognized charge limits.

Out-of-Network plan payments are based on the 90th percentile of prevailing charges for the geographic area.

### Atención dental de emergencia

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

Cuando los servicios de emergencia son proporcionados por un dentista participante PDN, el monto de su copago/coseguro estará basado en un programa de tarifas negociadas. Cuando los servicios de emergencia son prestados por un dentista no participante, usted será responsable por la diferencia entre el pago del plan y el cargo usual del dentista. Consulte los documentos de su plan si desea detalles. Sujeto a requisitos estatales. La atención dental de emergencia fuera del área puede ser revisada por nuestros consultores dentales para verificar que el tratamiento sea el apropiado.

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

1. Servicios o suministros que están cubiertos del todo o en parte:
  - (a) según otro aspecto de este Plan de Atención Dental, o
  - (b) en algún otro plan de beneficios de grupo provisto por su empleador o a través de éste.
2. Servicios y suministros para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión que no es:
  - (a) una enfermedad no ocupacional, o
  - (b) una lesión no ocupacional.
3. Servicios que no están listados en el Programa de Atención Dental correspondiente, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
4. Aquellos por reemplazo de un dispositivo perdido, desaparecido o robado, y aquellos por reemplazo de dispositivos que se han dañado por abuso, mal uso o negligencia.
5. Aquellos por cirugía plástica, cosmética o reconstructiva, u otros servicios o suministros dentales cuya intención principal sea mejorar, cambiar o resaltar la apariencia. Esto se aplica bien sea que los servicios y los suministros tengan o no motivos psicológicos o emocionales. Los recubrimientos en las coronas de molares y en los púnticos se considerarán siempre cosméticos.
6. Those for or in connection with services, procedures, drugs or other supplies that are determined by Aetna to be experimental or still under clinical investigation by health professionals. (Does not apply to TX plans)
7. Aquellos por: dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios utilizados con el propósito de ferulización, para alterar la dimensión vertical a fin de restaurar la oclusión o corregir desgaste, abrasión o erosión.
8. Aquellos relacionados con alguno de los siguientes servicios (no se aplica para el plan DMO en Texas):
  - (a) un dispositivo o modificación de éste si la impresión fue tomada antes de que la persona quedara cubierta;
  - (b) una corona, puente o restauración fundida o procesada si el diente fue preparado para ello antes de que la persona quedara cubierta; o
  - (c) terapia de conducto de la raíz si la cámara pulpar fue abierta antes de que la persona quedara cubierta.
9. Servicios que Aetna ha definido como innecesarios para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de la condición involucrada. Esto se aplica aun en el caso de que sean prescritos, recomendados o aprobados por el médico o dentista tratante.
10. Aquellos por servicios destinados al tratamiento de algún problema en la articulación de la mandíbula, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
11. Aquellos por mantenedores de espacio, excepto cuando sea necesario para preservar el espacio resultante de la pérdida prematura de un diente decidual.
12. Aquellos por tratamientos de ortodoncia, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
13. Aquellos por anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén específicamente cubiertos. En los planes que cubren estos servicios, no serán elegibles para beneficios a menos que se presten en conjunto con otro servicio cubierto necesario.
14. Aquellos por tratamientos prestados por alguien que no sea dentista, salvo que la escamación o la limpieza de dientes y la aplicación tópica de fluoruro puedan ser llevados a cabo por un higienista dental con licencia. En este caso, el tratamiento debe efectuarse con la guía y supervisión de un dentista.
15. Aquellos en relación con un servicio prestado a una persona de 5 años de edad o más si esa persona quedó cubierta en otros casos que no sean los siguientes:
  - (a) durante los primeros 31 días en que la persona tiene derecho a esta cobertura, o

## Resumen de beneficios dentales

(b) según lo prescrito por cualquier período de inscripción abierta acordado entre el empleador y Aetna. Esto no se aplica a los cargos incurridos:

- (i) después de finalizado el período de doce meses a partir de la fecha en que la persona quedó cubierta,
- (ii) como resultado de lesiones accidentales sufridas mientras la persona estaba cubierta, o
- (iii) por un servicio de cuidado primario incluido en el Programa de atención dental que aparezca bajo los títulos Visitas y Exámenes, y Radiografías y Patología.

16. Servicios prestados por un proveedor dental no participante hasta el punto de que los cargos excedan el monto a pagar por los servicios que aparecen en el Programa de Atención Dental correspondiente.

17. Aquellos por una corona, restauración fundida o procesada a menos que:

- (a) el tratamiento se deba a caries dentales o lesión traumática, y los dientes no se puedan restaurar con material de relleno, o

(b) el diente sirva como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto.

18. Aquellos por pónicos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales nobles a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.

19. Aquellos por la remoción quirúrgica de muelas del juicio impactadas sólo por motivos de ortodoncia a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.

20. Aquellos por servicios que se requieren solamente en relación con servicios no cubiertos.

21. Aquellos por servicios prestados cuando no hay evidencia de patología, disfunción o enfermedad distintas de las cubiertas en los servicios preventivos.

Cualquiera de las exclusiones anteriores no se aplicará si la cobertura de los cargos es un requisito de alguna ley que se aplique a la cobertura.

\*Esta es una lista parcial de las exclusiones y limitaciones; pueden aplicarse otras. Consulte el folleto de su plan para más detalles.

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

#### Norma de reemplazo

El reemplazo, la adición o la modificación de dentaduras postizas existentes, coronas, restauraciones fundidas o procesadas, dentadura postiza removible, puente fijo, u otros servicios protésicos están cubiertos sólo si se cumple alguno de los siguientes criterios:

El reemplazo o la adición de dientes se requiere para reemplazar uno o más dientes extraídos después de que se colocó el puente o la dentadura postiza existente. Esta cobertura debe haber estado vigente para la persona cubierta cuando tuvo lugar la extracción.

La dentadura postiza, corona, restauración fundida o procesada, dentadura postiza removible, puente u otro servicio protésico existente no puede arreglarse y fue colocado dentro de un mínimo de 5 años antes de su reemplazo.

La dentadura postiza existente es de carácter temporal inmediato para reemplazar uno o más dientes naturales extraídos mientras la persona estaba cubierta y no puede volverse permanente, y se requiere el reemplazo por una dentadura postiza permanente. El reemplazo debe tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de instalación inicial de la dentadura postiza temporal inmediata.

La extracción de un tercer molar no califica. Dicho dispositivo o puente fijo debe incluir el reemplazo de uno o más dientes extraídos.

Norma de tratamiento alternativo: Si hay más de un servicio que se puede utilizar para tratar la condición dental de una persona cubierta, Aetna puede decidir que autoriza la cobertura solamente para el servicio cubierto menos costoso, siempre y cuando se cumplan todos los criterios siguientes:

- (a) el servicio debe figurar en la lista del Programa de atención dental;
- (b) el servicio seleccionado debe estar considerado por la profesión odontológica como método apropiado de tratamiento; y
- (c) el servicio seleccionado debe ser ampliamente aceptado según los estándares nacionales de práctica dental.

Si el tratamiento es brindado por un proveedor dental participante y la persona cubierta solicita un servicio cubierto más costoso que aquel para el que se aprueba la cobertura, el copago específico para tal servicio comprenderá:

- (a) el copago por el servicio aprobado menos costoso, más
- (b) la diferencia en costo entre el servicio aprobado menos costoso y el servicio cubierto más costoso.

Norma de reactivación: si su cobertura de empleado y dependientes finaliza debido a que sus contribuciones no son pagadas a tiempo, puede que no vuelva a estar cubierto por un período de dos años a partir de la fecha en que finalice su cobertura. Si usted pertenece a una clase elegible, puede reinscribirse y reinscribir a sus dependientes elegibles al finalizar dicho período de dos años. Su cobertura dental entrará en vigencia según lo descrito en la sección Fecha de vigencia de la cobertura del Folleto Certificado. Su cobertura dental estará sujeta a toda norma que se aplique a una persona que se inscriba después de los primeros 31 días en que la persona tiene derecho a la cobertura.

### Cómo encontrar a los proveedores participantes

## Resumen de beneficios dentales

Consult Aetna Dentals online provider search for the most current provider listings. Participating providers are independent contractors in private practice and are neither employees nor agents of Aetna Dental or its affiliates. The availability of any particular provider cannot be guaranteed, and provider network composition is subject to change without notice. For the most current information, please contact the selected provider or Aetna Member Services at the toll-free number on your online ID card, or use our Internet-based provider search available at [www.aetna.com](http://www.aetna.com).

Existen productos específicos que pueden no estar disponibles en las dos modalidades, con financiación propia y con seguro. La información contenida en este documento está sujeta a cambios sin previo aviso. En caso de conflicto entre los documentos de su plan y esta información, prevalecerán los documentos del plan.

En caso de tener algún problema con la cobertura, los miembros deben dirigirse a Servicio a Miembros en el número gratuito que aparece en sus tarjetas de identificación (ID) en línea para saber la forma de utilizar el procedimiento de reclamos si resulta apropiado.

La atención a los miembros y las decisiones relacionadas son de la exclusiva responsabilidad de los proveedores participantes. Aetna no proporciona servicios de salud y, consecuentemente, no puede garantizar ningún resultado ni prever ninguna consecuencia.

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

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

In Texas, the Dental Participating Dental Network (PDN) is known as the Participating Dental Network (PDN), and is administered by Aetna Life Insurance Company.

Este material tiene solamente propósitos informativos y no constituye una oferta de cobertura ni consejería dental. Éste contiene sólo una descripción parcial y general de beneficios de planes o programas y no constituye un contrato. La disponibilidad de un plan o programa puede variar según el área geográfica de servicio. Ciertos planes dentales sólo están disponibles para grupos de un tamaño determinado de acuerdo con guías preestablecidas. Algunos beneficios están sujetos a limitaciones y exclusiones. Consulte los documentos del plan (Programa de Beneficios, Certificado/Evidencia de Cobertura, Folleto, Folleto Certificado, Contrato de Grupo, Póliza de Grupo) para determinar las estipulaciones contractuales que rigen, incluyendo los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con su plan.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al 877-238-6200.

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

Civil Rights Coordinator,

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

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

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

[CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).





**Resumen de beneficios dentales**

Serbo-Croatian	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite broj naveden na Vašoj identifikacionoj kartici.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Sudanic Fulfulde	Heeɓa a naasta nder ekkitol jaangirde woldeji walla yobugo, ewnu lamba je don windi ha do derowol maada.
Swahili	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga nambari iliyo kwenye kadi yako ya kitambulisho.
Syriac-Assyrian	ܟܘܦܬܐ ܗܘܕܘܡܐ ܙܐ ܠܘܒܗܐ ܒܝܠܐ ܡܠܝܦܐ ܩܘܩܘܟܐ, ܦܝܓܐ ܢܘܡܒܪܐܝ ܝܠܝܘ ܩܘܦܢܐ ܩܘܦܢܐ ܕܝܘܟܐ ܕܝܘܟܐ ܕܝܘܟܐ ܕܝܘܟܐ.
Swahili	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga nambari iliyo kwenye kadi yako ya kitambulisho.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Telugu	బాష సేవలను మీకు ఖర్చు లేకుండా అందుకునేందుకు, మీ ఐడి కార్డుపై ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి.
Thai	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรหมายเลขที่แสดงอยู่บนบัตรประจำตัวของท่าน
Tongan	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he fika 'oku hā atu 'i ho'o ID kaati.
Turkish	Dil hizmetlerine ücretsiz olarak erişmek için kimlik kartınızdaki numarayı arayın.
Ukrainian	Щоб безкоштовні отримати мовні послуги, задзвоніть за номером, вказаним на вашій ідентифікаційній картці.
Urdu	لسانی خدمات تک مفت رسائی کے لیے، اپنے بیمہ کے ID کارڈ پر درج نمبر پر کال کریں۔
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.
Yiddish	צו באקומען שפראך סערוויסעס פריי פון אפצאל, רופט דעם נומער אויף איינער ID קארטל.
Yoruba	Láti ráyèsí àwọn iṣẹ̀ èdè fún ọ́ lófẹ̀ẹ̀, pe nọmbà tò wà lórí káàdì idánimọ̀ rẹ̀.