



<u>Passive PPO</u>	
Deducible anual*	
Individual	\$25
Familiar	\$75
Servicios preventivos	100%
Servicios básicos	80%
Servicios mayores	50%
Máximo beneficio anual	\$1,000
Copago por visita al consultorio	N/A
Servicios de ortodoncia (Adultos y niños)	50%
Deducible de ortodoncia	Ninguno
Máximo de por vida por ortodoncia	\$750
*El deducible se aplica a: servicios básicos y mayores solamente.	

<u>Passive PPO</u>	
Lista parcial de servicios	
Preventivo	
Exámenes orales (a)	100%
Limpiezas (a) adulto/niño	100%
Fluoruro (a)	100%
Selladores (sólo para molares permanentes) (a)	100%
Radiografía de mordida (a)	100%
Serie de radiografías bucal completa (a)	100%
Mantenedores de espacio	100%
Básico	
Terapia de conducto de la raíz	
Diente anterior/diente bicúspide	80%
Terapia de conducto de la raíz, molares	80%
Escamación y limadura de raíces (a)	80%
Gingivectomía*	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%
Cirugía ósea (a)*	80%
Anestesia general/sedación intravenosa*	80%
Mayor	
Incrustaciones	50%
Sobrepuestos	50%
Coronas	50%
Dentaduras postizas completas y parciales	50%
Pónticos	50%
Remoción quirúrgica de diente impactado (parcial o totalmente óseo)*	50%
Reparación de dentaduras postizas	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**

Este resumen de beneficios de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Aetna Dental® es proporcionado por Aetna Life Insurance Company para algunos de los procedimientos dentales que se llevan a cabo con mayor frecuencia. Según este plan, usted puede elegir, en el momento del servicio, entre un dentista participante PPO y algún dentista no participante. Con el Plan PPO es posible ahorrar, porque los dentistas participantes han acordado prestar la atención con un programa de tarifas negociadas.

Los beneficios no participantes están sujetos a límites razonables y acostumbrados en los cargos.

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 PPO, 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. Los servicios de emergencia cubiertos pueden variar, según las leyes estatales. 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.

Cuando los servicios de emergencia son proporcionados por un dentista participante PPO, 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 pónicos se considerarán siempre cosméticos.
6. Aquellos por o relacionados con: servicios, procedimientos, medicamentos u otros suministros que Aetna ha determinado como experimentales o que están todavía en investigación clínica por los profesionales de la salud.
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.



Resumen de beneficios dentales

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
 - (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 pósticos, 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 8 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.

Norma del diente faltante no reemplazado



Resumen de beneficios dentales

La cobertura para la primera colocación de dentaduras postizas removibles, puentes fijos y otros servicios protésicos está sujeta al requerimiento de que tales dentaduras postizas removibles, puentes fijos y otros servicios protésicos sean: (i) necesarios para reemplazar uno o más dientes naturales que fueron extraídos durante la vigencia de esta póliza para la persona cubierta, y (ii) no sean estribos para una dentadura postiza parcial, puente removible o puente fijo colocado dentro de los 8 años anteriores.

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.

Cómo encontrar a los proveedores participantes

Consulte el directorio en línea de proveedores de Aetna Dental, DocFind®, que contiene la lista más actualizada de proveedores. Los proveedores participantes son contratistas independientes de práctica privada, y no son empleados ni agentes de Aetna Dental ni de sus afiliadas. No se puede garantizar la disponibilidad de algún proveedor en particular, y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios sin previo aviso. Para conocer la información más actualizada, por favor diríjase al proveedor seleccionado o a Servicio a Miembros de Aetna en el número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación (ID), o utilice nuestro directorio de proveedores en Internet (DocFind), disponible en 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) 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 prevenir 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.

En Texas, la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) se conoce como Red de Dentistas Participantes (PDN), y es administrada por 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.