Matriz de divulgación del resumen de beneficios y cobertura dentales

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la compañía de seguros:
Aetna Life Insurance Company

Nombre del plan: Aetna Dental® PPO

Tipo de póliza: PPO

N.º de teléfono de la compañía de seguros:
1-877-238-6200

Fecha de entrada en vigor: 1/1/2025-31/12/2025

Sitio web de la compañía de seguros: Aetna.com

ESTA MATRIZ TIENE COMO OBJETIVO AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA Y LO QUE PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTO ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LA PRIMA DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU *EVIDENCIA DE COBERTURA* Y CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EN Aetna.com O LLAME AL 1-877-238-6200.

ESTA MATRIZ NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS NI DE PAGO.

Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
Cobertura dental	$50 por persona y hasta $150 por familia, combinado con servicios fuera de la red.	$50 por persona y hasta $150 por familia, combinado con servicios dentro de la red.
Ortodoncia	Sin cobertura.	Sin cobertura.

- El **deducible** se aplica a los siguientes servicios: básicos y mayores.
- El deducible es el monto que usted debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año de la póliza antes de que la compañía de seguros comience a pagar los costos del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de cuidado dental brindados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental con licencia que celebren un contrato con la compañía de seguros donde establezcan una tarifa de pago alternativa para los servicios dentales.

- Los **servicios fuera de la red** son servicios de cuidado dental brindados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental con licencia que no celebren un contrato con la compañía de seguros donde establezcan tarifas de pago alternativas.

Parte III: MÁXIMOS QUE PAGARÁ LA PÓLIZA

Máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual	$1,500 por persona, combinado con servicios fuera de la red.	$1,500 por persona, combinado con servicios dentro de la red.
Máximo anual o de por vida para ortodoncia	Sin cobertura.	Sin cobertura.

- El **máximo anual** es el monto máximo en dólares que pagará la póliza por el costo del cuidado dental dentro de un período específico, que suele ser de 12 meses consecutivos o un año calendario. No todos los servicios acumulan para el máximo anual.
- El **máximo de por vida** es el monto máximo en dólares que pagará la póliza de beneficios dentales durante la vida de la persona inscrita. Los máximos de por vida se suelen aplicar a servicios específicos, como tratamientos de ortodoncia.

Parte IV: PERÍODOS DE ESPERA

Períodos de espera: Es la cantidad de tiempo que debe transcurrir antes de que cumpla con los requisitos a fin de recibir beneficios o servicios para todos los tratamientos dentales o algunos de ellos. **No se aplica.**

Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ

Todos los copagos y los costos de coseguro que se muestran en el cuadro se aplican después de haber alcanzado el deducible, si corresponde. Los procedimientos dentales comunes entran dentro de las siguientes categorías aplicables: servicios preventivos y de diagnóstico, básicos o mayores. Solo se incluyen limitaciones y exclusiones comunes de los beneficios en la columna correspondiente. Para obtener una lista exhaustiva, consulte el documento de divulgación completo al que se hace referencia en la columna "Limitaciones y exclusiones de los beneficios".

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de los beneficios
Examen oral	Servicios preventivos y de diagnóstico	Sin cargo.	Sin cargo.	2 exámenes de rutina y 2 exámenes centrados en el problema por año. Para obtener más información sobre las excepciones y limitaciones de la cobertura dental, incluida la facturación de saldo de dentistas fuera de la red, consulte los documentos de su póliza.
Radiografía de mordida	Servicios preventivos y de diagnóstico	Sin cargo.	Sin cargo.	1 serie por año.
Limpieza	Servicios preventivos y de diagnóstico	Sin cargo.	Sin cargo.	2 por año.
Relleno	Servicios básicos	20 % para resina compuesta, diente anterior.	20 % para resina compuesta, diente anterior.	
Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	Servicios básicos	20 %	20 %	
Conducto radicular	Servicios básicos	20 %, diente molar.	20 %, diente molar.	
Raspado y limadura de raíces	Servicios básicos	20 %	20 %	4 cuadrantes por separado cada 2 años móviles.

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de los beneficios
Corona de cerámica	Servicios mayores	50 %	50 %	Reemplazo de corona existente limitado a una vez cada 8 años.
Dentadura postiza parcial removible	Servicios mayores	50 %	50 %	Reemplazo de dentadura postiza existente limitado a una vez cada 8 años.
Extracción, diente erupcionado con remoción de hueso	Servicios básicos	20 %	20 %	
Ortodoncia	Ortodoncia	Sin cobertura.	Sin cobertura.	

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO SON UNA HERRAMIENTA DE CÁLCULO DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO. Los ejemplos provistos representan servicios de uso frecuente en las categorías de servicios preventivos y de diagnóstico, básicos y mayores, con fines ilustrativos y para comparar este producto con otros productos dentales que pueda estar considerando. Es probable que los costos reales que usted tenga difieran de aquellos que se muestran en el cuadro a continuación, ya que dependerán del cuidado que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y en el resumen de servicios excluidos del plan.

Dana tiene una consulta con un nuevo dentista	Sam necesita que le rellenen un diente	María necesita que le coloquen una corona
Examen de nuevo paciente, radiografías (serie de boca completa) y limpieza	Resina compuesta, 1 superficie, dientes posteriores	Corona, sustrato de porcelana o cerámica

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de María	Costo de María
Costo total del cuidado	Dentro de la red: $**400** Fuera de la red: $**550**	Costo total del cuidado	Dentro de la red: $**150** Fuera de la red: $**200**	Costo total del cuidado	Dentro de la red: $**1,300** Fuera de la red: $**1,750**
Deducible	Dentro de la red: No aplica. Fuera de la red: No aplica.	Deducible	Dentro de la red: $50 Fuera de la red: $50	Deducible	Dentro de la red: $50 Fuera de la red: $50
Máximo anual (que pagará el plan)	Dentro de la red: $1,500 Fuera de la red: $1,500	Máximo anual (que pagará el plan)	Dentro de la red: $1,500 Fuera de la red: $1,500	Máximo anual (que pagará el plan)	Dentro de la red: $1,500 Fuera de la red: $1,500
Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: $0 Fuera de la red: $0	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 20 % Fuera de la red: 20 %	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: 50 % Fuera de la red: 50 %

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de María	Costo de María
En este ejemplo, Dana pagaría lo siguiente (incluye copago/coseguro y deducible, si corresponde):	**Dentro de la red:** $0 **Fuera de la red:** $0	**En este ejemplo, Sam pagaría lo siguiente (incluye copago/coseguro y deducible, si corresponde):**	**Dentro de la red:** $70 **Fuera de la red:** $80	**En este ejemplo, María pagaría lo siguiente (incluye copago/coseguro y deducible, si corresponde):**	**Dentro de la red:** $675 **Fuera de la red:** $900
Resumen de los servicios que no están cubiertos o están sujetos a limitaciones:	Se aplica el máximo anual. Examen oral: 2 exámenes de rutina por año. Radiografías (serie de boca completa): 1 serie cada 3 años móviles. Limpieza: 2 por año. Para obtener más información sobre las excepciones y limitaciones de la cobertura dental, incluida la facturación de saldo de dentistas fuera de la red, consulte los documentos de su póliza.	Resumen de los servicios que no están cubiertos o están sujetos a limitaciones:	Se aplica el máximo anual. Para obtener más información sobre las excepciones y limitaciones de la cobertura dental, incluida la facturación de saldo de dentistas fuera de la red, consulte los documentos de su póliza.	Resumen de los servicios que no están cubiertos o están sujetos a limitaciones:	Se aplica el máximo anual. Reemplazo una vez cada 8 años. Para obtener más información sobre las excepciones y limitaciones de la cobertura dental, incluida la facturación de saldo de dentistas fuera de la red, consulte los documentos de su póliza.

Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-888-982-3862.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, edad, género, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.

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

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que aparece en la tarjeta de identificación.

Si cree que no le hemos brindado estos servicios o que de alguna otra manera lo hemos discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, edad, género, identidad de género, orientación sexual o discapacidad, puede presentar una queja formal al coordinador de derechos civiles, a la siguiente dirección:

Planes que no son HMO:
Civil Rights Coordinator, Non-HMO
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512
1-800-648-7817 (TTY: 711), fax: 859-425-3379
CRCoordinator@aetna.com

Planes HMO:
Civil Rights Coordinator, HMO
P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779
1-800-648-7817 (TTY: 711), fax: 860-262-7705
CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja en el Departamento de Seguros de California ingresando en www.insurance.ca.gov, o bien por correo o por teléfono: Consumer Services Division, 300 Spring Street South Tower, Los Angeles, CA 90013; 1-800-927-HELP (4357), TDD: 1-800-482-4TDD (4833).

También puede presentar una queja de derechos civiles en el portal Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si experimentó alguna forma de discriminación basada en las clases protegidas a nivel federal, que incluyen raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
Puede presentar una queja de derechos civiles en el portal de la oficina correspondiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Las pólizas y los planes dentales son asegurados o administrados por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso.

TTY: 711

Asistencia lingüística:

For language assistance in your language call 1-877-238-6200 at no cost.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-877-238-6200.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-877-238-6200 ይደውሉ::
Arabic -	1-877-238-6200 للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-877-238-6200 հեռախոսահամարով:
Bahasa-Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-877-238-6200 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-877-238-6200.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূকযে ভাষা পবকিষি পপকে হকয এই নম্বকি পবেযক ান ল্রেুন: 1-877-238-6200।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-877-238-6200.
Burmese -	သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန် 1-877-238-6200 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-877-238-6200.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-877-238-6200.
Cherokee -	ᏩᎩᏍᏗ ᏚᏬᏂᎯᏍᏗ ᏅᏩᎾᏓᏛᏁᏗ Ꮭ ᎪᎱᏍᏗ ᏗᏣᎬᏩᎳᏁᏗ ᏱᎩ, ᏫᎰᎯᏏᎳᎷᏏ 1-877-238-6200.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-877-238-6200。
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-877-238-6200.
Cushite -	Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-877-238-6200.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-877-238-6200.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-877-238-6200.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-877-238-6200.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-877-238-6200 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-877-238-6200.

Gujarati -	તમારે કોઇ જાતના ખર્ચ વિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, કોલ કરો 1-877-238-6200.
Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-877-238-6200 Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-877-238-6200 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-877-238-6200.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-877-238-6200.
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-877-238-6200.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-877-238-6200.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-877-238-6200.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-877-238-6200 までお電話ください
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိုၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပှ့ၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အီၤအဂီၢ်ဘၣ်နှၣ် ကိး 1-877-238-6200 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-877-238-6200 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	Ɱ dyi wuḍu-dù kà kò ḍò ɓě dyi mɔ́uń nì Pídyi ní, nìí, ḍá nɔ̀ɓà nìà kɛ: 1-877-238-6200.
Kurdish -	بۆ دەستپێڕاگەیشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-877-238-6200
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-238-6200.
Marathi -	कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी 1-877-238-6200 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-877-238-6200.
Micronesian Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-877-238-6200.
Mon-Khmer Cambodian -	ដ ើម្បីទទួលបានដសវាកម្មភាសាដ លឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ដលាកអ្នក សូមដៅទូរស័ព្ទដៅកាន់ដលខ 1-877-238-6200។.
Navajo -	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowol doo bą́ą́h ílínígóó kojį' hólne 1-877-238-6200.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गनन 1-877-238-6200 मा टेलिफोन गनुनहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të kɔɔr yïn wëër de thokic ke cïn wëu kɔr keek tënɔŋ yïn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuɔny ne nɔmba 1-877-238-6200.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-877-238-6200.

Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-877-238-6200.

Persian- برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-877-238-6200 تماس بگیرید .

Polish - Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-877-238-6200.

Portuguese - Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-877-238-6200.

Punjabi - ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਨਿਾਂ ਬਸਿੇ ਮਿਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਰਿਨ ਲਈ, 1-877-238-6200 ‘ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਰਿ।

Romanian - Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați 1-877-238-6200.

Russian - Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-877-238-6200.

Samoan - Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala’au le 1-877-238-6200.

Serbo-Croatian - Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-877-238-6200.

Spanish - Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-877-238-6200.

Sudanic-Fulfude - Heeba a nasta jangirde djey wolde wola chede bo apelou lamba 1-877-238-6200.

Swahili - Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-877-238-6200.

Syriac- [illegible] 1-877-238-6200 .

Tagalog - Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-877-238-6200.

Telugu - మీరు భష సేవలను ఉచితంగ అందుకున ందుకు, 1-877-238-6200 కు కల్ చేయండి.

Thai - หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-877-238-6200.

Tongan - Kapau ‘oku ke fiema’u ta’etōtōngi ‘a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-877-238-6200.

Trukese - Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-877-238-6200.

Turkish - Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-877-238-6200 numarayı arayın.

Ukrainian - Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-877-238-6200.

Urdu- بالقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے 1-877-238-6200 پر بات کریں-.

Vietnamese - Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-877-238-6200.

Yiddish - צו צוטריט ךארפשַ באדַינונגען אין קיין פרייַז צו איר, רופן 1-877-238-6200

Yoruba - Lati wọnú awọn isẹ èdè l’ọfẹ fun ọ, pe 1-877-238-6200.