

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



Red: PDP Plus

Resumen de beneficios: opción 2 del plan: plan básico (plan programado)

Resumen de beneficios	
Deducible†	
Individual	\$50
Familiar	\$150
Beneficio anual máximo	
Por persona	\$1,000
Monto máximo de por vida para ortodoncia	
Por persona	\$1,000

Costo mensual

Su prima se pagará a través de una conveniente deducción salarial. Los costos a continuación para "Colaborador + Cónyuge + Hijo(s)" y "Colaborador + Familia" incluyen el costo por todos los hijos elegibles.

Solo empleado	\$19.52	Empleado + hijo(s)	\$39.82
Empleado + cónyuge	\$39.06	Empleado + familia	\$59.38

Código de servicio

Lo máximo que pagaremos

Tratamiento de diagnóstico

Los procedimientos con un asterisco (*) se limitan a dos por plan anual.

D0120	Evaluación bucal periódica: paciente establecido*	\$30
D0140	Evaluación bucal limitada: foco en el problema	\$50
D0145	Evaluación bucal a pacientes menores de tres años y asesoramiento con la persona a cargo	\$50
D0150	Evaluación bucal integral: paciente nuevo o establecido	\$51
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido	\$51
D0190	Exámenes de detección para un paciente	\$13
D0191	Evaluación para un paciente	\$13

Radiografías/diagnóstico por imágenes (Rayos X)

Los procedimientos con un asterisco (*) se limitan a dos por plan anual.

D0210	Intrabucal: serie completa (incluye radiografía de aleta de mordida) (una vez cada 3 años)	\$77
D0220	Intrabucal: radiografía periapical, primera placa	\$15
D0230	Intrabucal: radiografía periapical, cada placa adicional	\$12
D0240	Intrabucal: placa oclusa	\$22
D0250	Extrabucal: primera placa	\$29
D0260	Extrabucal: cada placa adicional	\$28
D0270	Radiografía de aleta de mordida: una sola placa*	\$16
D0272	Radiografía de aleta de mordida: dos placas*	\$25

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



Código de servicio	Lo máximo que pagaremos
--------------------	-------------------------

Radiografías/diagnóstico por imágenes (Rayos X), continuación

D0273	Radiografía de aleta de mordida: tres placas*	\$30
D0274	Radiografía de aleta de mordida: cuatro placas*	\$35
D0330	Radiografía panorámica	\$59
D0364	Haz cónico menor a la mandíbula completa	\$235
D0365	Haz cónico del arco completo de la mandíbula	\$235
D0366	Haz cónico del arco maxilar completo	\$235
D0367	Haz cónico de ambas mandíbulas	\$235
D0380	Imagen de haz cónico menor a una mandíbula	\$235
D0381	Imagen de haz cónico: mandíbula	\$235
D0382	Imagen de haz cónico: maxilar	\$235
D0383	Imagen de haz cónico: ambas mandíbulas	\$235

Pruebas y exámenes

D0460	Prueba de vitalidad pulpar	\$27
D0470	Moldes de diagnóstico	\$57

Servicios preventivos

Los procedimientos con un asterisco (*) se limitan a dos por plan anual.

D1110	Profilaxis para adultos*	\$50
D1120	Profilaxis para niños*	\$35
D1206	Barniz tópico con flúor	\$19
D1208	Aplicación tópica: con flúor	\$19
D1330	Instrucciones de higiene bucal	\$42
D1351	Sellador: por diente	\$32
D1352	Restauraciones preventivas de resina	\$32
D1510	Mantenedor de espacio fijo: unilateral	\$206
D1515	Mantenedor de espacio fijo: bilateral	\$272
D1520	Mantenedor de espacio removible: unilateral	\$255
D1525	Mantenedor de espacio removible: bilateral	\$350
D1550	Cementación del mantenedor de espacio	\$44
D1555	Extracción del mantenedor de espacio fijo	\$44

Tratamientos restaurativos

D2140	Amalgama: una superficie de pieza dental, primaria o permanente	\$47
D2150	Amalgama: dos superficies de piezas dentales, primarias o permanentes	\$60
D2160	Amalgama: tres superficies de piezas dentales, primarias o permanentes	\$73
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies de piezas dentales, primarias o permanentes	\$89
D2330	Resinas compuestas: una superficie de pieza dental anterior	\$55
D2331	Resinas compuestas: dos superficies de piezas dentales anteriores	\$71



Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



D2332	Resinas compuestas: tres superficies de piezas dentales anteriores	\$86
D2335	Resinas compuestas: cuatro o más superficies de piezas dentales incluido el ángulo incisal (anterior)	\$102

Código de servicio	Lo máximo que pagaremos
--------------------	-------------------------

Tratamientos restaurativos, continuación

D2390	Corona de resina compuesta	\$62
D2391	Resinas compuestas: una superficie de pieza dental	\$86
D2392	Resinas compuestas: dos superficies de piezas dentales	\$107
D2393	Resinas compuestas: tres superficies de piezas dentales	\$128
D2394	Resinas compuestas: cuatro o más superficies de piezas dentales	\$154

Coronas

Límite de reemplazo 1 vez cada 5 años.

D2510	Incrustación: una superficie de pieza dental	\$182
D2520	Incrustación: dos superficies de piezas dentales	\$207
D2530	Incrustación: tres o más superficies	\$238
D2740	Coronas	\$275
D2750	Coronas	\$271
D2751	Coronas	\$253
D2752	Coronas	\$259
D2790	Coronas de oro	\$260
D2791	Coronas	\$248
D2792	Coronas	\$253
D2794	Coronas de titanio	\$260
D2910	Cementación de incrustación, incrustación externa o restauración de cobertura parcial	\$25
D2915	Cementación de perno y muñón colados o prefabricados	\$25
D2920	Cementación de corona	\$27
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable para niños	\$72
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable para adultos	\$82
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con carilla de resina	\$100
D2940	Empaste sedante	\$28
D2950	Reconstrucción de muñón	\$69
D2951	Retención con perno por diente, además de la restauración	\$15
D2952	Perno y muñón además de corona, fabricación indirecta	\$105
D2954	Reconstrucción de corona: perno de acero	\$87
D2955	Extracción de perno	\$65
D2990	Infiltración de resina/Superficie lisa	\$32

Endodoncia

Todos los procedimientos excluyen la restauración final.

D3110	Prueba pulpar	\$19
D3120	Prueba pulpar	\$15
D3220	Pulpotomía	\$44
D3230	Terapia pulpar: diente primario anterior (sin restauración final)	\$47

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



D3240	Terapia pulpar: diente primario posterior (sin restauración final)	\$51
D3310	Tratamiento de conducto anterior (sin restauración final): por pieza dental	\$188
D3320	Tratamiento de conducto bicúspide (sin restauración final): por pieza dental	\$230
D3330	Tratamiento de conducto molar (sin restauración final): por pieza dental	\$297

Código de servicio	Lo máximo que pagaremos
--------------------	-------------------------

Continuación de endodoncia

Todos los procedimientos excluyen la restauración final.

D3346	Extracción de tratamiento de conducto anterior previo: por pieza dental	\$253
D3347	Extracción de tratamiento de conducto bicúspide previo: por pieza dental	\$298
D3348	Extracción de tratamiento de conducto molar previo: por pieza dental	\$359
D3351	Apexificación/recalcificación: visita inicial	\$107
D3352	Apexificación/recalcificación: visitas adicionales	\$47
D3353	Apexificación/recalcificación: visita final	\$157
D3354	Regeneración pulpar: finalización del tratamiento	\$47
D3410	Cirugía de raíz: anterior	\$215
D3421	Cirugía de raíz: bicúspide	\$235
D3425	Cirugía de raíz: molar	\$266
D3426	Cirugía de la raíz del diente (cada raíz adicional)	\$89
D3430	Relleno retrógrado: primera raíz	\$65
D3450	Amputación de raíz: por raíz	\$132
D3920	Hemisección	\$103

Periodoncia

- *Raspaje y alisado radicular limitado a una vez por cuadrante en un período de 12 meses.*
- *Mantenimiento periodontal cubierto solo después terapias periodontales activas.*

D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuadrante completo	\$167
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: una a tres piezas dentales	\$125
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso al procedimiento de restauración: por pieza dental	\$38
D4240	Procedimiento de colgajo gingival: cuadrante completo	\$196
D4241	Procedimiento de colgajo gingival: una a tres piezas dentales	\$147
D4249	Alargamiento de la corona: tejido duro	\$224
D4260	Cirugía ósea: cuatro o más piezas dentales	\$317
D4261	Cirugía ósea: una a tres piezas dentales	\$238
D4263	Injerto de reemplazo óseo: primer lugar en el cuadrante	\$96
D4270	Injerto de pedículo de tejido blando	\$234
D4273	Procedimientos de injerto de tejido conectivo subepitelial: por pieza dental	\$64
D4277	Injerto libre de tejido blando: primera pieza dental	\$241
D4278	Injerto libre de tejido blando: pieza dental adicional	\$121
D4341	Raspaje y alisado radicular: por cuadrante	\$56
D4342	Raspaje y alisado radicular: una a tres piezas dentales	\$42
D4355	Desbridamiento de boca completa para una evaluación y un diagnóstico completos	\$37

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



D4910 Mantenimiento periodontal (2 veces en un período de 12 meses) \$33

Código de servicio	Lo máximo que pagaremos
--------------------	-------------------------

Prostodoncia removible

- *Límite de reemplazo 1 vez cada 5 años.*
- *Revestimiento y rebase limitado a 1 en 12 meses.*

D5110	Prótesis superior completa	\$394
D5120	Prótesis inferior completa	\$384
D5130	Prótesis superior inmediata	\$429
D5140	Prótesis inferior inmediata	\$429
D5211	Prótesis superior parcial	\$332
D5212	Prótesis inferior parcial	\$386
D5213	Prótesis superior parcial	\$435
D5214	Prótesis inferior parcial	\$435
D5281	Prótesis superior unilateral	\$254
D5410	Ajuste de prótesis superior completa	\$22
D5411	Ajuste de prótesis inferior completa	\$22
D5421	Ajuste de prótesis superior parcial	\$22
D5422	Ajuste de prótesis inferior parcial	\$22
D5510	Reparación de prótesis	\$43
D5520	Reemplazo de los dientes de la prótesis (cada diente)	\$36
D5610	Reparación de prótesis	\$47
D5620	Reparación de la estructura colada de la prótesis	\$50
D5630	Reparación de prótesis	\$61
D5640	Reemplazo de diente en prótesis	\$40
D5650	Agregado de diente en prótesis	\$54
D5660	Agregado de gancho en prótesis	\$65
D5710	Rebase de prótesis superior completa	\$160
D5711	Rebase de prótesis inferior completa	\$153
D5720	Rebase de prótesis superior parcial	\$151
D5721	Rebase de prótesis inferior parcial	\$151
D5730	Revestimiento de prótesis maxilar completa (en el consultorio)	\$90
D5731	Revestimiento de prótesis mandibular completa (en el consultorio)	\$90
D5740	Revestimiento de prótesis superior (en el consultorio)	\$83
D5741	Revestimiento de prótesis inferior (en el consultorio)	\$83
D5750	Revestimiento de prótesis superior completa (laboratorio)	\$120
D5751	Revestimiento de prótesis inferior completa (laboratorio)	\$120
D5760	Revestimiento de prótesis superior parcial (laboratorio)	\$119
D5761	Revestimiento de prótesis inferior parcial (laboratorio)	\$119
D5810	Prótesis temporal completa	\$190
D5811	Prótesis temporal completa	\$205
D5820	Prótesis parcial provisoria (superior)	\$147
D5821	Prótesis parcial provisoria (inferior)	\$156
D5850	Acondicionamiento de tejido superior	\$38

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



D5851 Acondicionamiento de tejido inferior \$38

Código de servicio	Lo máximo que pagaremos
--------------------	-------------------------

Implantes

D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante	\$235
D6065	Implante de coronas	\$373
D6066	Implante de coronas	\$363
D6067	Implante de coronas	\$352
D6092	Cementación de corona colocada por implante/pilar	\$27
D6101	Desbridamiento de defectos periimplantarios	\$71
D6102	Desbridamiento de defectos periimplantarios	\$71
D6103	Injerto óseo para reparación de defectos periimplantarios	\$235
D6104	Injerto óseo al momento de la colocación del implante	\$235

Coronas/puentes fijos: por unidad

D6210	Diente falso	\$284
D6211	Diente falso	\$237
D6212	Diente falso	\$222
D6214	Póntico - titanio	\$284
D6240	Póntico: porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$231
D6241	Diente falso	\$216
D6242	Diente falso	\$228
D6245	Diente falso	\$241
D6740	Coronas puente	\$274
D6750	Coronas puente	\$267
D6751	Coronas puente	\$249
D6752	Coronas puente	\$255
D6790	Coronas puente	\$258
D6791	Coronas fundidas completas	\$244
D6792	Coronas fundidas completas	\$253
D6794	Coronas de titanio	\$258
D6930	Cementación de puente	\$31

Cirugía bucal

- Incluye atención de rutina y visitas posoperatorias/tratamientos.
- Extracción quirúrgica de dientes impactados (no tienen cobertura a menos que exista una patología [enfermedad]).
- La extracción quirúrgica de la muela del juicio/tercer molar solo por motivos de ortodoncia no tiene cobertura.

7140	Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta	\$42
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado o raíz expuesta	\$62
D7220	Extracción de diente impactado	\$78
D7230	Extracción de diente impactado	\$104

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



D7240	Extracción de diente impactado	\$122
D7241	Extracción de diente impactado	\$153
D7250	Extracción de raíces dentales residuales	\$65
D7251	Coronectomía	\$122
D7270	Reimplante dental	\$134
D7280	Acceso a diente no erupcionado	\$146

Código de servicio	Lo máximo que pagaremos	
D7285	Biopsia de tejido duro	\$259
D7286	Biopsia de tejido blando	\$106
D7310	Alveoloplastia con extracciones	\$72
D7311	Alveoloplastia con extracciones	\$24
D7320	Alveoloplastia sin extracciones	\$323
D7321	Alveoloplastia sin extracciones	\$107
D7510	Absceso - incisión intrabucal	\$69
D7511	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intrabucal	\$69
D7952	Aumento del seno-vertical	\$235
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía): procedimientos separados	\$152
D7971	Extirpación de encía pericoronal	\$50
Servicios generales complementarios		
D9110	Tratamiento de alivio del dolor de emergencia	\$36
D9951	Ajuste de protector bucal limitado	\$40
D9952	Ajuste de protector bucal completo	\$224

Cómo se pagan los beneficios de ortodoncia Para usted, su cónyuge y sus hijos, hasta los 26 años, una vez iniciado el tratamiento y atendido el paciente, se abona un pago inicial de \$250 una vez recibido el reclamo. Los deducibles deben cubrirse antes del pago. El saldo de \$750 se paga en incrementos mensuales durante los 24 meses del tratamiento. Los pagos se detendrán si la cobertura o el tratamiento finalizan.

Las categorías de servicios y limitaciones del plan que se indican arriba representan una descripción general de sus Beneficios del Plan. Este documento presenta la mayoría de los servicios dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del plan.

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



Exclusiones

Este plan no cubre los siguientes servicios, tratamientos y suministros:

- servicios que no sean necesarios odontológicamente, que no sigan las normas de atención generalmente aceptadas para tratar una condición dental determinada o que consideremos de naturaleza experimental;
- servicios que no le habrían cobrado si no hubiese tenido seguro dental;
- servicios o suministros que usted o su dependiente hayan recibido antes del inicio del seguro dental;
- servicios con fines principalmente estéticos (si es residente de Texas, vea la sección de avisos del Certificado);
- servicios que no preste ni ordene un dentista, salvo los prestados por un higienista dental autorizado y que un dentista supervise y facture y que sean para:
 - raspado y pulido de dientes; o
 - tratamientos con fluoruro;
- servicios o aparatos que restauren o modifiquen la oclusión o la dimensión vertical;
- restauración de una estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión;
- restauraciones o aparatos de soporte periodontal;
- orientación o instrucciones sobre higiene bucal, control de la placa, nutrición y tabaco;
- suministros o artículos personales, como irrigadores bucales, cepillos de dientes o hilo dental, entre otros;
- decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental;
- consultas a las que no haya ido;
- Servicios:
 - que estén cubiertos por alguna ley de compensación de trabajadores o por una ley de enfermedades de trabajo;
 - que estén cubiertos por alguna ley de responsabilidad del empleador;
 - por los que no se exija el pago al empleador de la persona que recibe los servicios; o
 - que se reciban en un centro mantenido por el empleador, el sindicato de trabajadores, la asociación de beneficios mutuos o el hospital de VA;
- servicios cubiertos por otra cobertura que ofrezca el empleador;
- restauraciones temporales o provisionales;
- aparatos temporales o provisionales;
- medicamentos recetados;
- servicios para los que la documentación presentada indique un pronóstico poco favorable;
- estos servicios, cuando el dentista los cobre por separado:
 - llenado de formularios de reclamo;
 - artículos para el control de infecciones, como guantes, máscaras y esterilización de los suministros; o
 - anestesia local, analgesia o sedación consciente no intravenosa, como óxido nitroso.
- servicios dentales por una lesión accidental en los dientes y en sus estructuras de soporte, excepto las lesiones en los dientes por masticar o morder comida;
- pruebas de susceptibilidad a las caries;
- colocación inicial de una dentadura postiza fija y permanente para sustituir uno o más dientes perdidos antes de que la persona tuviera cobertura del seguro dental, excepto los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- otros servicios de dentaduras postizas fijas que no estén descritos en ninguna parte del certificado;
- accesorios de precisión, salvo si el accesorio está relacionado con implantes;
- Colocación inicial o reemplazo de una prótesis completa o extraíble para sustituir uno o más dientes naturales que se perdieron antes de que la persona haya estado cubierta por el Seguro dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos
- Carillas labiales
- Ajuste de una prótesis realizado dentro de los 6 meses posteriores a la colocación por el mismo dentista que la colocó
- Regeneración tisular guiada



Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental

- Agentes quimioterapéuticos locales
- Modificación de servicios de prostodoncia extraíbles y otros servicios protésicos extraíbles
- Anestesia general o sedación intravenosa
- Consultas
- Inyecciones de medicamentos terapéuticos
- Aplicación de agentes desensibilizantes
- Estudios bacteriológicos para la determinación de agentes bacteriológicos
- aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales;
- aparatos o tratamientos para el bruxismo (rechinar los dientes), incluyendo, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos;
- diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ)
- la reparación o el reemplazo de un aparato de ortodoncia;
- dispositivos protésicos o aparatos duplicados;
- reemplazo de un aparato, restauración moldeada o dentadura postiza perdida o robada; e
- imágenes fotográficas intrabucales y extrabucales.

Limitaciones

Beneficios alternativos: Ante un problema dental para el que existen dos o más tratamientos profesionalmente aceptables, el reembolso se calculará de acuerdo con la alternativa de tratamiento menos costosa. Si usted y su dentista acordaron un tratamiento más costoso que el tratamiento en el que se basa su plan de beneficios, usted será responsable de cualquier pago adicional. Para evitar cualquier malentendido, le sugerimos que antes de recibir ciertos servicios de alto costo, como coronas, puentes o prótesis, hable sobre las opciones de tratamiento con su dentista y solicite una estimación de los beneficios previa al tratamiento. Usted y su dentista recibirán cada uno una Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB) en la que se indicarán los servicios brindados, el reembolso de su plan por esos servicios y el importe de sus gastos de bolsillo. Los pagos reales pueden variar con respecto a la estimación previa para el tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables en el momento del pago.

Cancelación/terminación de los beneficios: La cobertura se ofrece conforme a una póliza de seguro colectiva (formulario de póliza GPNP99 / G.2130-S) emitida por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). La cobertura termina cuando deja de participar, cuando deja de hacer aportes dentales o cuando el titular de la póliza o MetLife anulan la póliza colectiva. La póliza colectiva termina por falta de pago de la prima y puede terminar si no se cumplen los requisitos de participación o si el titular de la póliza no cumple alguna de las obligaciones estipuladas en la póliza. Estos servicios que estén en curso mientras la cobertura tenga vigencia se pagarán después de la terminación de la cobertura si la cuota correspondiente o el tratamiento terminan en un plazo de 31 días después de la terminación individual de la cobertura: terminación de un dispositivo protésico, una corona o un tratamiento de endodoncia.

Los planes grupales de Seguro Dental que cuentan con el Programa de Dentista Preferido son provistos por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY 10166.

Al igual que la mayoría de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios que ofrecen MetLife y sus afiliadas tienen ciertas exclusiones, excepciones, períodos de espera, reducciones, limitaciones y términos para mantenerse vigentes. Es probable que deba pagar copagos, deducibles o cualquier otro monto que supere aquellos que MetLife debe pagar por los servicios cubiertos, conforme se describen en su certificado y/o póliza de seguro dental. Comuníquese con su representante de MetLife para obtener información completa y detalles sobre costos.

Preguntas y respuestas

P: ¿Qué es un dentista participante?

R: Un dentista participante es un dentista general o especialista que ha acordado aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios cubiertos prestados a los miembros del plan. Las tarifas negociadas son habitualmente entre un

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



30 % y un 45 % menores que las tarifas promedio que se cobran a la comunidad de un dentista por el mismo servicio o por uno considerablemente similar[†].

P: ¿Cómo encuentro un dentista participante?

R: Existen miles de dentistas generales y especialistas en todo el país, así que, seguramente, podrá encontrar uno que cubra sus necesidades. Puede consultar una lista de estos dentistas participantes en línea en www.metlife.com/mybenefits o llamar al para que se la envíen por fax o por correo

P: ¿Qué servicios cubre este plan?

R: Los documentos del plan establecen los servicios que cubre su plan. Esta lista de servicios primarios cubiertos y limitaciones incluye un resumen de los servicios cubiertos. Si hay un conflicto entre los documentos del plan y este resumen, tendrán prioridad los términos de los documentos del plan.

P: ¿Puedo elegir un dentista no participante?

R: Sí. Siempre tiene la libertad de elegir el dentista que prefiera. Pero si elige a un dentista no participante, es posible que sus costos de bolsillo sean más altos.

P: ¿Puede solicitar mi dentista inscribirse en la red?

R: Sí. Si su dentista actual no es miembro de la red, y usted quiere animarlo para que se inscriba, pídale que visite www.metdental.com o que llame al 1-866-PDP-NTWK para que presente una solicitud.^{††} El sitio web y el número de teléfono son únicamente para uso de dentistas profesionales.

P: ¿Cómo se procesan los reclamos?

R: El dentista puede presentar reclamos en su nombre, es decir, usted prácticamente no tendrá que hacer trámites. Puede hacer un seguimiento de sus reclamos en línea e, incluso, recibir alertas por correo electrónico cuando se hayan procesado. Si necesita un formulario de reclamo, visite www.metlife.com/mybenefits o pida uno llamando al

P: ¿Puedo obtener un cálculo de mis gastos de bolsillo antes de recibir un servicio?

R: Sí. Puede pedir un cálculo antes del tratamiento. El dentista general o especialista suele enviarle a MetLife un plan de atención y pide un cálculo de los beneficios. El cálculo lo ayuda a que se prepare para afrontar el costo de los servicios dentales. Le recomendamos que pida que le hagan un cálculo antes del tratamiento para cualquier servicio que supere los \$300. Simplemente pídale a su dentista que envíe una solicitud en línea en www.metdental.com o que llame al 1-877-MET-DDS9. Usted y su dentista recibirán un cálculo de los beneficios para la mayoría de los procedimientos mientras todavía esté en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos, los deducibles, las frecuencias máximas del plan y otras condiciones vigentes en el momento del pago.

P: ¿Puede ayudarme MetLife a buscar un dentista fuera de EE. UU. si estoy de viaje?

R: Sí. Mediante los servicios de ayuda dental para viajes internacionales*, puede obtener una remisión a un dentista local llamando al +1-312-356-5970 (por cobrar) cuando esté fuera de los EE. UU. para recibir atención inmediata hasta que pueda consultar con su dentista. La cobertura se considerará según los beneficios fuera de la red.** Recuerde conservar todos los recibos para enviar un reclamo dental.

P: ¿Cómo coordina MetLife los beneficios con otros planes de seguro?

R: Las disposiciones de coordinación de beneficios de los planes de beneficios dentales consisten en un conjunto de reglas que se aplican cuando un paciente tiene cobertura de más de un plan de beneficios dentales. Estas reglas determinan el orden en el que los diferentes planes pagarán los beneficios. Si el plan de beneficios dentales de MetLife es el primario, MetLife pagará la cantidad total de los beneficios que, normalmente, estarían disponibles en el plan, sujeto a la ley aplicable. Si el plan de beneficios dentales de MetLife es secundario, la mayoría de las disposiciones de coordinación de beneficios requieren que MetLife determine los beneficios después de la determinación de beneficios del plan primario. Es posible que la cantidad que deba pagar MetLife por los beneficios sea menor por el pago de beneficios del plan primario, sujeto a la ley aplicable.

P: ¿Necesito una tarjeta de identificación?

R: No, no necesita presentar una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Debe informar a su dentista de que está inscrito en el programa de Dentistas Preferidos de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información de su cobertura mediante un sistema computarizado y gratuito de respuesta automática de voz.

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental



† Las tarifas negociadas hacen referencia a los cargos que los dentistas de la red han acordado aceptar como pago total por ciertos servicios, sujeto a cualquier copago, deducible, costo compartido y límite máximo de beneficios. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios. Las tarifas negociadas no aplican a servicios no cubiertos en estados en los que se prohíben las limitaciones de servicios no cubiertos por un plan. Es posible que los proveedores de estos estados cobren sus tarifas no negociadas por los servicios no cubiertos.

Los ahorros de la inscripción en un plan de beneficios dentales con el Programa de Dentista Preferido de MetLife dependerán de varios factores, que incluyen el costo del plan, la frecuencia con la que los participantes acuden al dentista y el costo de los servicios recibidos.†† Debido a los requisitos del contrato, MetLife no puede incluir a algunos proveedores.

* AXA Assistance USA, Inc. solo proporciona servicios de remisión dentales. AXA Assistance no es afiliada de MetLife, y los servicios y beneficios que brinda son independientes del seguro que brinda MetLife. Los servicios de derivación no están disponibles en todas las ubicaciones. Exclusiones: El programa de Asistencia al viajero de AXA se encuentra disponible para los participantes en estado "en viaje". Siempre que un viaje supere los 120 días, ya no se considera que el participante esté en el estado "en viaje" y, por lo tanto, ya no es elegible para recibir los servicios. Además, AXA Assistance USA no evacuará ni repatriará participantes sin autorización médica, con lesiones leves, heridas simples como esguinces, fracturas simples o enfermedades leves que puedan ser tratadas por médicos locales y no impidan al miembro continuar su viaje o regresar a su hogar, o con infecciones en tratamiento y que no estén aún curadas. No se otorgarán los beneficios por pérdidas o lesiones que sean causadas por embarazo y maternidad o que resulten de eso, salvo por complicaciones de embarazo y trastornos mentales y nerviosos, a menos que el paciente sea hospitalizado. No se encuentran cubiertos los reembolsos por servicios no médicos, como gastos de hoteles, restaurantes, traslados o pérdida de equipaje durante el viaje. El máximo beneficio por persona para costos asociados con evacuaciones, repatriaciones o el retorno de restos mortales es de \$500,000. El tratamiento debe ser autorizado y coordinado por personal designado de AXA Assistance para ser elegible para recibir los beneficios de conformidad con este programa. Todos los servicios deben ser administrados y coordinados por AXA Assistance USA, Inc. No se aceptarán reclamos por reembolsos.** Consulte el resumen de su plan de beneficios dentales para conocer su cobertura dental fuera de la red.

Los planes grupales de seguro dental que cuentan con el Programa de Dentista Preferido son provistos por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY.