



Seguro Dental

Cobertura que facilita las visitas al dentista y lo ayuda 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 "Empleado + Cónyuge + Hijo(s)" y "Empleado + Familia" incluyen el costo por todos los hijos elegibles.

Solo empleado	\$18.41	Empleado + hijo(s)	\$37.57
Empleado + cónyuge	\$36.84	Empleado + familia	\$56.01

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

Código de servicio

Lo máximo que pagaremos

Continuación de radiografías/diagnóstico por imágenes (rayos X)

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 Imagen de haz cónico: 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
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



Seguro Dental

Código de servicio

Lo máximo que pagaremos

Continuación de los tratamientos restaurativos

D2390 Coronas de resinas compuestas	\$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 de piezas dentales D2740 Coronas	\$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
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



Seguro Dental

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

Seguro Dental

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
D5851 Acondicionamiento de tejido inferior	\$38



Seguro Dental

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.

D7140 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
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
D7285 Biopsia de tejido duro	\$259
D7286 Biopsia de tejido blando	\$106



Seguro Dental

Código de servicio	Lo máximo que pagaremos
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 pericoronaral	\$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. Se deben cubrir los deducibles antes del pago. El saldo de \$750 se paga en incrementos mensuales a lo largo del curso del tratamiento de 24 meses. Los pagos cesarán 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

Exclusiones

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

- Servicios que no son necesarios desde el punto de vista dental, aquellos que no sigan las normas de cuidado generalmente aceptadas para tratar una afección dental determinada, o que consideremos de naturaleza experimental
- Servicios por los que a usted no se le solicitaría pagar en ausencia de un Seguro Dental
- Servicios o suministros que usted o su dependiente haya recibido antes del comienzo del Seguro Dental para esa persona
- Servicios que son principalmente estéticos (en caso de ser residente de Texas, vea la sección de la página de noticias en el certificado)
- Servicios que no son prestados ni prescritos por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por un higienista dental con licencia que son supervisados y facturados por un dentista para:
 - Raspado y pulido de dientes; o
 - Tratamientos con flúor;
- Servicios o aparatos que restauren o modifiquen la oclusión o dimensión vertical
- Restauración de una estructura dentaria dañada por desgaste, abrasión o erosión
- Restauración o aparatos utilizados con el propósito de soporte periodontal
- Asesoramiento o instrucciones acerca de la higiene bucal, control de la placa, nutrición y tabaco
- Suministros personales o artículos personales, incluidos, entre otros: irrigadores orales, cepillos de dientes o hilo dental
- Decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental
- Citas perdidas
- Servicios:
 - Cubiertos bajo cualquier ley de compensación de los trabajadores o enfermedad ocupacional;
 - Cubiertos bajo cualquier ley de responsabilidad del empleador;
 - Por los cuales no se exige pago alguno al empleador del beneficiario; o
 - Recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos, u hospital de VA;
- Servicios cubiertos bajo otra cobertura brindada por el empleador
- Restauraciones temporarias o provisorias
- Medicamentos recetados
- Servicios para los cuales la documentación presentada indica un pronóstico poco favorable
- Los siguientes cuando son cobrados por el dentista por separado:
 - Compleción del formulario de reclamo;
 - Elementos para el control de infecciones tales como guantes, máscaras y esterilización de los suministros; o
 - Anestesia local, analgesia o sedación consciente no intravenosa, por ejemplo, óxido nitroso.
- Servicios dentales derivados de la lesión accidental de los dientes y estructuras de soporte, excepto lesiones de los dientes ocasionadas por masticar o morder alimentos
- Pruebas de susceptibilidad a las caries
- La colocación inicial de una prótesis fija y permanente para sustituir uno o más dientes que se perdieron antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos
- Otros servicios de prótesis fijas que no hayan sido descritos en ninguna parte del certificado
- Accesorios de precisión, salvo los casos en que el accesorio esté relacionado con prótesis de 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
- Agentes quimioterapéuticos locales
- Modificación de servicios de protodoncia extraíbles y otros servicios protésicos extraíbles
- Anestesia general o sedación intravenosa



Seguro Dental

- 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 tratamiento para el bruxismo (rechinar los dientes), que incluyen, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ)
- Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia
- Dispositivos protésicos o aparatos duplicados
- Reparación de implantes
- Reemplazo de un aparato, restauración moldeada o prótesis perdidas o robadas, e
- Imágenes fotográficas intra 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/extinción de los beneficios: La cobertura se brinda conforme a una póliza de seguro grupal (formulario de póliza GPNP99 / G.2130-S) emitida por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). La cobertura se extingue cuando cesa su afiliación, cuando cesan sus contribuciones dentales o cuando el titular de la póliza o MetLife anulan la póliza colectiva. La póliza colectiva se extingue por la falta de pago de la prima, y puede extinguirse si no se cumplen los requisitos para participar o si el titular de la póliza no cumple alguna de las obligaciones estipuladas en la póliza. Los siguientes servicios que estén en curso mientras la cobertura tenga vigencia se pagarán luego de la finalización de la cobertura si la cuota correspondiente o el tratamiento finalizan dentro de los 31 días posteriores a la cancelación individual de la cobertura: Finalización de una prótesis, una corona o un tratamiento de conducto.

Las pólizas de seguro dental grupales que cuentan con el Programa de Dentista Preferido están suscritas 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 contienen ciertas exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, períodos de espera y términos para mantenerlos en vigor. Para conocer los detalles completos de la cobertura y la disponibilidad, consulte el certificado de seguro o comuníquese con MetLife.

Preguntas y respuestas

P. ¿Qué es un dentista participante?

R. Un dentista participante es un dentista general o un especialista que ha aceptado las tarifas negociadas como pago total por los servicios cubiertos que se les proporcionan a los miembros del plan. Las tarifas acordadas normalmente oscilan entre un 30 % y un 45 % menos que los cargos promedio que cobra la comunidad de dentistas por el mismo servicio o por un servicio considerablemente similar†.

P. ¿Cómo encuentro un dentista participante?

R. Usted puede elegir entre miles de dentistas generales y especializados de todo el país. Esto nos asegura que podrá encontrar un dentista que satisfaga sus necesidades. Puede obtener una lista de estos dentistas participantes en el sitio www.metlife.com/mybenefits o llame al 1-800 GET-MET8 (1-800-438-6388) para solicitar que le envíen una lista por fax o correo.



Seguro Dental

P. ¿Qué servicios están cubiertos con este plan?

R. Los documentos del plan exponen cuáles son los servicios cubiertos por su plan. La lista de servicios primarios cubiertos y limitaciones establecida en la presente contiene un resumen de los servicios cubiertos. En caso de que exista un conflicto entre los documentos del plan y este resumen, los primeros tendrán prioridad.

P. ¿Puedo elegir a un dentista no participante?

R. Sí. Siempre puede elegir al dentista que desee. Sin embargo, si elige un dentista no participante, es posible que sus gastos de bolsillo sean más altos.

P. ¿Mi dentista puede solicitar participar en la red?

R. Sí. Si su dentista actual no participa en la red y usted quiere recomendarle que participe, invítelo a visitar el sitio www.metdental.com o a llamar al 1-866-PDP-NTWK para pedir una solicitud^{††}. Este sitio web y el número telefónico son solo para uso de profesionales dentales.

P. ¿Cómo se procesan los reclamos?

R. Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, lo que significa que usted prácticamente no tendrá que hacer trámites. Puede realizar un seguimiento de sus reclamos en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando hayan sido procesados. Si necesita un formulario de reclamo, visite el sitio www.metlife.com/mybenefits o solicite uno llamando al 1-800-GET-MET8 (1-800-438-6388).

P. ¿Puedo obtener un presupuesto estimativo de mis gastos de bolsillo antes de recibir un servicio?

R. Sí. Usted puede solicitar un presupuesto estimativo antes de recibir el tratamiento. Su especialista o dentista general habitualmente envía a MetLife su plan de atención y solicita un estimativo de beneficios. El estimativo lo ayuda a prepararse para afrontar el costo de los servicios dentales. Le recomendamos que solicite una estimación previa al tratamiento para cualquier servicio que supere los \$300. Solo tiene que pedirle a su dentista que presente una solicitud en línea en www.metdental.com o que llame al teléfono 1-877-MET-DDS9. Usted y su dentista recibirán un estimativo para la mayoría de los procedimientos mientras aún se encuentre en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos, los deducibles, las frecuencias máximas del plan y otras condiciones vigentes al momento del pago.

P. ¿Puede MetLife ayudarme a encontrar un dentista fuera de Estados Unidos si me encuentro en el exterior?

R. Sí. A través de servicios dentales internacionales de asistencia al viajero*, puede obtener una remisión a un dentista local llamando al +1-312-356-5970 (número de cobro revertido gratuito) cuando se encuentre fuera de Estados Unidos para recibir atención inmediata hasta que pueda consultar a su dentista. Se aplicará la cobertura para beneficios fuera de la red**. Recuerde conservar todos los recibos para presentar un reclamo dental.

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

R. Las disposiciones de coordinación de beneficios en el plan de beneficios dentales son un conjunto de reglas que se aplican cuando un paciente tiene cobertura bajo más de un plan de beneficios dentales. Estas reglas determinan el orden en el que se pagan los beneficios de los diferentes planes. Si el plan de beneficios dentales de MetLife es el primario, MetLife pagará el importe total de los beneficios que normalmente estarían disponibles con 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 estipulan que MetLife debe calcular los beneficios después de que se hayan calculado en el plan primario. El monto que pagará MetLife en concepto de beneficios puede ser menor, debido al 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 notificar a su dentista que usted está inscrito en el Programa de Dentista Preferido de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información acerca de su cobertura a través de un sistema de respuesta automática de voz computarizado gratuito.

[†]Basado en análisis interno de MetLife. Las tarifas negociadas hacen referencia a los cargos que los dentistas de la red han acordado aceptar como pago total por los servicios cubiertos, sujeto a cualquier copago, deducible, costo compartido y límite máximo de beneficios. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios.

^{††}Debido a requisitos contractuales, se prohíbe que MetLife aborde a ciertos proveedores.

*AXA Assistance USA, Inc. solo proporciona servicios de remisión dentales. AXA Assistance no está asociada a MetLife, y los servicios y beneficios que brinda son independientes del seguro que brinda MetLife. Los servicios de remisión no están disponibles en todas las ubicaciones.

**Consulte su cobertura dental fuera de la red en el resumen del plan de beneficios dentales.