

Resumen del plan de seguro dental de MetLife

Eagle Mountain Saginaw ISD

Red: PDP Plus

Tipo de cobertura	OPCIÓN DEL PLAN 1 Alto seguro		OPCIÓN DEL PLAN 2 Bajo seguro	
	Dentro de la red % del honorario negociado*	Fuera de la red % del importe programado**	Dentro de la red % del honorario negociado*	Fuera de la red % del importe programado**
Tipo A: Preventivo (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%	100%	100%	100%
Tipo B: Restauraciones básicas (empastes, extracciones)	80%	80%	80%	80%
Tipo C: Restauraciones mayores (puentes, dentaduras)	50%	50%	50%	50%
Tipo D: Ortodoncia	50%	50%	50%	50%
Deducible†				
Individual	\$50	\$50	\$50	\$50
Familiar	\$150	\$150	\$150	\$150
Beneficio máximo anual				
Por persona	\$2,000	\$2,000	\$1,000	\$1,000
Máximo de por vida por ortodoncia				
Por persona	\$1,000	\$1,000	\$750	\$750

La elegibilidad de los hijos para la cobertura dental abarca desde el nacimiento hasta los 26 años de edad.

Período de espera por inscripción tardía: hay un período de espera de un año para todos los servicios después de la fecha de solicitud.

* “Tarifas negociadas” se refiere a las tarifas que los dentistas participantes acordaron 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.

**El reembolso por servicios fuera de la red se basa en el valor inferior entre la tarifa real del dentista y el cargo máximo permitido (Maximum Allowable Charge, MAC). El cargo máximo permitido fuera de la red es un importe programado establecido por MetLife.

†Se aplica a los servicios de tipo A, B y C.

Costo mensual

Los siguientes costos mensuales estarán en vigencia hasta el Agosto 31, 2025. Sus primas se pagarán a través de la comodidad de la deducción por nómina. Los costos mensuales cubren a todos los hijos elegibles.

Alto seguro

Empleado únicamente	\$56.74		
Empleado + uno	\$101.38	Empleado + familia	\$159.69

Bajo seguro

Empleado únicamente	\$29.40		
Empleado + uno	\$54.22	Empleado + familia	\$83.70

Listado de los servicios primarios cubiertos y limitaciones

Las categorías de servicio y las limitaciones del plan que se mostraron representan una perspectiva general de su Plan de beneficios. Este documento presenta la mayoría de los servicios dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del plan.

Opción 1 del plan: Alto seguro

Opción 2 del plan: Bajo seguro

Tipo A: Preventivo	Cantidad y frecuencia	Tipo A: Preventivo	Cantidad y frecuencia
Profilaxis (limpiezas) :	• Dos por año calendario o una cada seis meses .	Profilaxis (limpiezas) :	• Dos por año calendario o una cada seis meses .
Exámenes orales	▪ Dos exámenes por año calendario	Exámenes orales	▪ Dos exámenes por año calendario
Aplicaciones tópicas de fluoruro	• Un tratamiento de fluoruro por año calendario para hijos dependientes hasta que cumplan 19 años de edad	Aplicaciones tópicas de fluoruro	▪ Un tratamiento de fluoruro por año calendario para hijos dependientes hasta que cumplan 19 años de edad
Radiografías	• Radiografías de la boca completa: una cada 60 meses ▪ Radiografías de aleta mordida: una serie por año calendario para adultos; dos por año calendario para niños.	Radiografías	▪ Radiografías de la boca completa: una cada 60 meses ▪ Radiografías de aleta mordida: una serie por año calendario para adultos; dos por año calendario para niños.
Selladores	▪ Una aplicación de material sellador cada 5 años del calendario para el primer y segundo molar sin caries que no se hayan restaurado para los hijos dependientes hasta que cumplan 16 años de edad.	Selladores	▪ Una aplicación de material sellador cada 5 años del calendario para el primer y segundo molar sin caries que no se hayan restaurado para los hijos dependientes hasta que cumplan 16 años de edad.
Tipo B: Restauraciones básicas	Cantidad y frecuencia	Tipo B: Restauraciones básicas	Cantidad y frecuencia
Empastes	1 reemplazo por superficie en 24 meses	Empastes	1 reemplazo por superficie en 24 meses
Reparación/nueva cementación de coronas, dentaduras postizas y puentes	1 en 12 meses	Reparación/nueva cementación de coronas, dentaduras postizas y puentes	1 en 12 meses
Anestesia general	• Cuando sea odontológicamente necesario con relación a una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos	Anestesia general	▪ Cuando sea odontológicamente necesario con relación a una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos

Tipo C: Restauraciones mayores	Cantidad y frecuencia	Tipo C: Restauraciones mayores	Cantidad y frecuencia
Implantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Reemplazo: una vez cada 5 años del calendario. 	Implantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Reemplazo: una vez cada 5 años del calendario.
Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación inicial para sustituir uno o más dientes naturales que se hayan perdido durante el período de cobertura del plan. Sustitución de dentaduras postizas y puentes: una cada 5 años del calendario ▪ Sustitución de una dentadura postiza completa temporal existente si la dentadura temporal no puede repararse y la dentadura permanente se coloca en un plazo de 12 meses después de haberse colocado la dentadura temporal 	Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocación inicial para sustituir uno o más dientes naturales que se hayan perdido durante el período de cobertura del plan. Sustitución de dentaduras postizas y puentes: una cada 5 años del calendario ▪ Sustitución de una dentadura postiza completa temporal existente si la dentadura temporal no puede repararse y la dentadura permanente se coloca en un plazo de 12 meses después de haberse colocado la dentadura temporal
Coronas, incrustaciones y recubrimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Sustitución una vez cada 5 años del calendario 	Coronas, incrustaciones y recubrimientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sustitución una vez cada 5 años del calendario
Endodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del canal radicular limitado a uno por diente cada 12 meses 	Endodoncia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento del canal radicular limitado a una vez por diente por vida
Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Raspado periodontal y alisado radicular una vez por cuadrante, cada 24 meses • Cirugía periodontal una vez por cuadrante, cada 36 meses 	Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raspado periodontal y alisado radicular una vez por cuadrante, cada 24 meses ▪ Cirugía periodontal una vez por cuadrante, cada 36 meses ▪ La cantidad total de tratamientos de mantenimiento periodontológico y profiláctico no puede pasar de dos por año calendario.
Tipo D: Ortodoncia	Cantidad y frecuencia	Tipo D: Ortodoncia	Cantidad y frecuencia
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus hijos, hasta los 19 años de edad, están cubiertos mientras el seguro dental está vigente. ▪ Todos los procedimientos dentales que se realicen en relación con un tratamiento de ortodoncia se reembolsarán como ortodoncia. Los pagos se realizarán de forma repetitiva ▪ En la colocación inicial del aparato se considerará un 20 % del Máximo de por vida por ortodoncia y se pagará en función del nivel de coseguro de beneficios del plan para la ortodoncia según se define en el resumen del plan ▪ Los beneficios de ortodoncia acaban cuando se cancela la cobertura 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus hijos, hasta los 19 años de edad, están cubiertos mientras el seguro dental está vigente. ▪ Todos los procedimientos dentales que se realicen en relación con un tratamiento de ortodoncia se reembolsarán como ortodoncia. Los pagos se realizarán de forma repetitiva ▪ En la colocación inicial del aparato se considerará un 20 % del Máximo de por vida por ortodoncia y se pagará en función del nivel de coseguro de beneficios del plan para la ortodoncia según se define en el resumen del plan ▪ Los beneficios de ortodoncia acaban cuando se cancela la cobertura

Preguntas frecuentes

¿Quién es un dentista participante?

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, normalmente, oscilan entre un 30 y un 45 % por debajo de las tarifas promedio que cobra la comunidad de dentistas por el mismo servicio o por uno considerablemente similar.†

¿Cómo encuentro a un dentista participante?

Existen miles de dentistas generales y especialistas en todo el país, de modo que, seguramente, podrá encontrar uno que cubra sus necesidades. Puede obtener una lista de estos dentistas participantes en línea en www.metlife.com/mybenefits, o llame al 1-800-942-0854 para que le envíen una lista por fax o por correo.

¿Qué servicios cubre este plan?

El/la certificado de seguro/descripción resumida del plan establece los servicios cubiertos del plan. Consulte la lista de beneficios del plan que se adjunta para obtener más información.

¿Puedo elegir a un dentista no participante?

Sí. Siempre tiene la libertad de seleccionar al dentista que desee. No obstante, si elige a un dentista no participante, su desembolso directo será más alto.

¿Mi dentista puede solicitar inscribirse en la red?

Sí. Si el dentista que lo atiende actualmente no es miembro de la red, y usted quiere alentarlos para que se inscriba, pídale que visite www.metdental.com o que llame al 1-866-PDP-NTWK para presentar la solicitud††. El sitio web y el número de teléfono son únicamente para uso de dentistas profesionales.

¿Cómo se procesan los reclamos?

Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, es decir que usted, prácticamente, no tendrá que hacer trámites. Puede rastrear sus reclamos en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando se haya procesado uno. Si necesita un formulario de reclamo, visite www.metlife.com/mybenefits o solicite uno llamando al 1-800-942-0854.

¿Puedo obtener un estimado de lo que serán mis gastos de desembolso directo antes de recibir un servicio?

Sí. Puede solicitar un cálculo estimativo antes del tratamiento. Generalmente, el dentista general o especialista le envían a MetLife un plan para su cuidado y solicitan un cálculo estimativo de los beneficios. El cálculo le ayuda a prepararse para afrontar el costo de los servicios dentales. Le recomendamos que pida una estimación previa al tratamiento para cualquier servicio que supere los \$300. Tan solo pida 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 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.

¿MetLife me puede ayudar a buscar un dentista fuera de los EE. UU. si estoy de viaje?

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

¿Cómo coordina MetLife los beneficios con otros planes de seguro? Las disposiciones de coordinación de beneficios en los planes de beneficios dentales consisten en un conjunto de reglas que se aplican cuando un paciente está cubierto por 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 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 determinar los beneficios una vez que el plan primario los haya determinado. Es posible que el importe que deba pagar MetLife en concepto de beneficios sea menor debido al pago de beneficios del plan primario, sujeto a la ley aplicable.

¿Necesito una tarjeta de identificación?

No. Usted no necesita presentar una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Debe informar a su dentista que está inscrito en el Programa Dentista Preferido de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información acerca de su cobertura a través de un sistema gratuito de respuesta automática de voz computerizada.

† Basado en el análisis interno de MetLife. Tarifas negociadas se refiere a las tarifas que los dentistas dentro de la red han acordado 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 los requisitos del contrato, MetLife no puede solicitar a algunos proveedores.

* AXA Assistance USA, Inc. presta, únicamente, servicios de derivación dental. AXA Assistance no está asociado a MetLife, y los servicios y los beneficios que proporciona son separados e independientes del seguro proporcionado por MetLife. Los servicios de remisión no se encuentran disponibles en todas las ubicaciones.

** Consulte el resumen de su plan de beneficios dentales para conocer su cobertura dental fuera de la red.

Exclusiones

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

- Servicios que no son odontológicamente necesarios, aquellos que no aceptan estándares de atención generalmente aceptados para el tratamiento de la afección dental particular, o que consideramos experimentales.
- Servicios que usted no estaría obligado a pagar si no tuviera el seguro dental.
- Servicios o suministros recibidos por usted o su Dependiente antes de comenzar con el seguro dental para esa persona.
- Servicios que son principalmente para fines estéticos (para los residentes de Texas, consulte la sección de la página de avisos en Certificado).
- Servicios que no son realizados ni son suscritos por un dentista a excepción de aquellos servicios de un higienista dental con licencia que son supervisados y facturados por un dentista y que son para:
 - Eliminación del sarro y pulido de dientes.
 - O tratamientos de fluoruro.
- Servicios o aparatos que restauran o alteran la oclusión o la dimensión vertical.
- Restauraciones de la estructura del diente dañada por desgaste, abrasión o erosión.
- Restauraciones o aparatos utilizados para fines de ferulización periodontal.
- Asesoramiento o recomendaciones sobre higiene oral, control de placa, nutrición y tabaco.
- Dispositivos o suministros personales que incluyen, entre otros: irrigadores dentales, cepillos de diente o hilo dental.
- Decoración, personalización o grabado de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
- Cita a la que no asistió.
- Servicios:
 - Cubiertos según cualquier ley de compensación al trabajador o ley de enfermedad ocupacional.
 - Cubiertos según cualquier ley de responsabilidad del empleador.
 - Para los que el empleador de la persona que recibe estos servicios no está obligado a pagar.
 - Recibidos en un centro mantenido por el empleador, el sindicato, la asociación de beneficios mutuos o el hospital de veteranos.
- Servicios cubiertos según alguna otra cobertura proporcionada por el empleador.
- Restauraciones temporales o provisionales.
- Aparatos temporales o provisionales.
- Medicamentos recetados.
- Servicios para los que la documentación presentada indica un mal pronóstico.

- Lo siguiente cuando lo cobra el dentista por separado:
 - Llenado del formulario de reclamación.
 - Control de infecciones como guantes, máscaras y esterilización de los suministros.
 - O anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia, como óxido de dinitrógeno.
- Servicios dentales que surgen debido a lesiones accidentales en los dientes y las estructuras de soporte, a excepción de lesiones en los dientes por masticar o morder alimentos.
- Pruebas de riesgo de caries.
- Colocación inicial de una dentadura postiza fija y permanente para sustituir uno o más dientes naturales que faltaban antes de que la persona estuviera cubierta con el seguro dental, a excepción de dientes naturales faltantes por motivos congénitos. Otros servicios protésicos de dentadura postiza fija no descritos en otra sección del certificado. Accesorios de precisión, excepto cuando el accesorio de precisión está relacionado con protésica de implantes. Colocación inicial de una dentadura postiza completa o removible para sustituir uno o más dientes naturales que faltaban antes de que la persona estuviera cubierta con el seguro dental, a excepción de dientes naturales faltantes por motivos congénitos. Adición de dientes a una dentadura postiza parcial removible para reemplazar uno o más dientes naturales que faltaban antes de que la persona estuviera cubierta con el seguro dental, a excepción de dientes naturales faltantes por motivos congénitos. Ajuste de una dentadura postiza en el término de 6 meses después de la instalación por el mismo dentista que la instaló.
- Prótesis implantosoportadas para sustituir uno o más dientes naturales que faltaban antes de que la persona estuviera cubierta con el seguro dental, a excepción de dientes naturales faltantes por motivos congénitos.
- Aparatos fijos y removibles para la corrección de hábitos perjudiciales. Aparatos o tratamientos para el bruxismo (frotamiento de los dientes), incluidas, entre otras, placas oclusivas y placas nocturnas.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos articulares temporomandibulares (TMJ).
- Reparación o sustitución de un dispositivo de ortodoncia.
- Duplicado de aparatos o dispositivos de ortodoncia.
- Sustitución de aparato perdido o robado, restauraciones fundidas o dentadura.

Limitaciones

Beneficios alternativos: ante un problema dental para el que existan dos o más tratamientos profesionalmente aceptables, el reembolso se calculará de acuerdo con la alternativa de tratamiento menos costosa. Si usted y su dentista acuerdan realizar un tratamiento más costoso que aquel en el que se basa su plan de beneficios, los pagos adicionales correrán por su cuenta. Para evitar malentendidos, le sugerimos analizar las opciones de tratamiento con su dentista antes de la prestación del servicio y obtener una estimación de los beneficios previa al tratamiento, antes de recibir ciertos servicios de alto costo, como coronas, puentes o prótesis. Usted y su dentista recibirán 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 sus gastos de desembolso directo. Los esquemas de costos de los procedimientos están sujetos a modificación cada año del plan. Puede obtener un esquema actualizado de los costos de los procedimientos para su área por fax llamando al 1-800-942-0854 y utilizando el Servicio de Información Dental Automática de MetLife. Los pagos reales pueden variar con respecto a la estimación previa al tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables al momento del pago.

Cancelación/finalización 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 finaliza cuando cesa su membresía, cuando cesan sus contribuciones dentales o cuando el titular de la póliza o MetLife anulan la póliza colectiva. La póliza grupal finaliza por la falta de pago de la prima y puede finalizar si no se cumplen los requisitos de participación o si el titular de la póliza no cumple con 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 se terminan dentro de los 31 días posteriores a la finalización individual de la cobertura: finalización de un dispositivo protésico, una corona o un tratamiento de conducto.

Este plan de beneficios dentales se ofrece a través de un acuerdo autofinanciado. MetLife administra este plan de beneficios dentales, pero no brinda seguro para financiar los beneficios.

Como la mayoría de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios ofrecidos por MetLife y sus filiales contienen determinadas exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, períodos de espera y plazos para que se mantengan vigentes. Para obtener más información acerca de la cobertura y la disponibilidad, consulte el certificado de seguro o comuníquese con MetLife.

