



## Seguro dental

La cobertura que le facilita la consulta con un dentista y lo ayuda a reducir los costos dentales.

### Red: PDP Plus

	Opción 1 del plan	
	Dentro de la red <sup>1</sup> % de la tarifa negociada <sup>2</sup>	Fuera de la red <sup>1</sup> % de tarifa R&C*
<b>Tipo de cobertura</b>		
<b>Tipo A: servicios preventivos</b> (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%	100%
<b>Tipo B: servicios de restauración básica</b> (empastes, extracciones)	80%	80%
<b>Tipo C: servicios de restauración mayor</b> (puentes, dentaduras postizas)	50%	50%
<b>Tipo D: ortodoncia</b>	50%	50%
<b>Deducible<sup>†</sup></b>		
Individual	\$50	\$50
Familiar	\$150	\$150
<b>Beneficio anual máximo</b>		
Por persona	\$1,500	\$1,500
<b>Cantidad máxima para ortodoncia en toda la vida</b>		
Por persona	\$2,000	\$2,000

<sup>1</sup> "Beneficios dentro de la red" son los beneficios del plan para los servicios dentales cubiertos que preste un dentista participante. "Beneficios fuera de la red" son los beneficios de este plan para los servicios dentales cubiertos que no preste un dentista participante.

<sup>2</sup> "Tarifas negociadas" son las tarifas que los dentistas participantes 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 modificaciones.

\*La "tarifa R&C" es el costo habitual y razonable (R&C), que se basa en el valor menor entre (1) la tarifa real del dentista, (2) la tarifa habitual del dentista por el mismo servicio o por uno similar o (3) la tarifa de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica por el mismo servicio o por uno similar, según determine MetLife.

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

**Período de espera para la inscripción tardía:** Para todos los servicios, existe un período de espera de un año a partir de la fecha de la solicitud.

#### Excepciones del período de espera:

- El período de espera queda sin efecto si, por ejemplo, un empleado nuevo que se inscribe en el plan en el futuro puede demostrar que tuvo menos de dos meses de interrupción en la cobertura antes del comienzo de la cobertura de El Paso ISD con MetLife.
- Los empleados nuevos que lleguen al distrito y que hayan tenido cobertura dental de otro empleador estarán cubiertos sin período de espera.
- Para presentar un reclamo, necesitará evidencia de la cobertura anterior.



## Seguro dental

### Costo mensual

Las siguientes tarifas mensuales tienen vigencia hasta el Fecha. La prima se pagará mediante una conveniente deducción del salario. Los costos mensuales que se muestran abajo para "Empleado + cónyuge + hijos" y "Empleado + familia" incluyen los costos para todos los hijos elegibles.

Empleado solo	\$31.15	Empleado + hijos	\$63.59
Empleado + cónyuge	\$62.34	Empleado + familia	\$94.77

### Lista de servicios primarios cubiertos y limitaciones\*

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

Tipo de plan	Cantidad/frecuencia
<b>Tipo A: preventivo</b>	
Profilaxis (limpiezas)	Dos por año
Exámenes de la boca	Dos exámenes por año
Aplicaciones tópicas de fluoruro	Un tratamiento con fluoruro por año para hijos dependientes hasta que cumplan 16 años.
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografías de boca completa: una cada 36 meses.</li> <li>Radiografías con aletas de mordida: dos juegos por año</li> </ul>
Selladores	Una aplicación de material sellador cada 36 meses para cada primer y segundo molar no restaurado y sin caries, de hijos dependientes hasta que cumplan 17 años
<b>Tipo B: restauración básica</b>	
Empastes	
Anestesia general	Cuando sea odontológicamente necesaria para una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos
Periodoncia	La cantidad total de tratamientos periodontales de mantenimiento y de profilaxis no puede superar los cuatro tratamientos por año
Espaciadores	Espaciadores para hijos dependientes hasta que cumplan 14 años
<b>Tipo C: restauración mayor</b>	
Extracciones simples	
Reparación de coronas, dentaduras postizas	Reparar simples: no puede superar una vez cada 12 meses
Cirugía bucal	
Implantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reparar: no puede superar una vez cada 12 meses</li> <li>Reemplazo: una vez cada 5 años</li> </ul>

## Seguro dental

Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reemplazo de dentaduras postizas y de puentes: uno cada 5 años</li> <li>• Reemplazo de una dentadura postiza completa temporal si no se puede reparar y la dentadura permanente se coloca en un plazo de 6 meses después de la colocación de la dentadura postiza temporal.</li> </ul>
Coronas, incrustaciones e incrustaciones externas	Reemplazo: una vez cada 5 años
Endodoncia	Tratamiento de conductos limitado a uno por pieza dental cada 24 meses.
Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raspado periodontal y alisado radicular: una vez por cuadrante cada 24 meses</li> <li>• Cirugía periodontal: una vez por cuadrante cada 36 meses</li> </ul>
<b>Tipo D: ortodoncia</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted, su cónyuge y sus hijos hasta los 26 años tienen cobertura mientras el seguro dental esté vigente.</li> <li>• Todos los procedimientos dentales relacionados con el tratamiento de ortodoncia se pagan como ortodoncia.</li> <li>• Los pagos se hacen de manera repetitiva.</li> <li>• En la colocación inicial del aparato, se considerará el 20% del máximo para ortodoncia en toda la vida y se pagará según el nivel de coseguro de beneficios del plan para ortodoncia, como se define en el resumen del plan.</li> <li>• Los beneficios de ortodoncia terminan en el momento de la cancelación de la cobertura.</li> </ul>

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

### 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;

## Seguro dental

- 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 nítrico.
- 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;
- la colocación inicial de una dentadura postiza completa o extraíble para sustituir uno o más dientes perdidos antes de que la persona tuviera cobertura del seguro dental, salvo los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- el ajuste de una dentadura postiza que se haga en el plazo de 6 meses a partir de que el mismo dentista la hubiera colocado;
- prótesis con implantes para sustituir uno o más dientes que se hayan perdido antes de que la persona tuviera cobertura del seguro dental, salvo los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- 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 existan dos o más tratamientos aceptables según un criterio profesional, el pago 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 extra. Para evitar malentendidos, le recomendamos que analice las opciones de tratamiento con su dentista antes de recibir los servicios y que obtenga un cálculo de los beneficios antes del tratamiento y de recibir ciertos servicios de costo alto, como coronas, puentes o dentaduras postizas. Usted y su dentista recibirán una Explicación de los beneficios (EOB) detallando los servicios prestados, el reembolso de su plan por esos servicios y su costo de bolsillo. Los pagos reales pueden variar con respecto al cálculo previo al tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables en el momento del pago.

## Seguro dental

**Cancelación/terminación de los beneficios:** La cobertura se ofrece conforme a una póliza de seguro colectiva (formulario de póliza GPNP99) 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.

Las pólizas colectivas de seguro dental que incluyan el programa Dentista Preferido están suscritas por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY 10166.

### 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 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](http://www.metlife.com/mybenefits) o llamar al 1-800 GET-MET8 (1-800-438-6388) 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. Lea los beneficios del plan adjuntos para obtener más información.

**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](http://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](http://www.metlife.com/mybenefits) o pida uno llamando al 1-800-GET-MET8 (1-800-438-6388).

**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](http://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.

## Seguro dental

### 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.

† Basado en el análisis interno de MetLife. Las tarifas negociadas son las tarifas que los dentistas dentro 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 modificaciones.

†† Debido a los requisitos del contrato, MetLife no puede incluir a algunos proveedores.

\*AXA Assistance USA, Inc. presta servicios de remisión dental únicamente. AXA Assistance no está afiliado a MetLife, y los servicios y los beneficios que ofrece son separados e independientes del seguro que proporciona MetLife. No hay servicios de remisión en todos los lugares. \*AXA Assistance USA, Inc. presta servicios de remisión dental únicamente. AXA Assistance no está asociado con MetLife, y los servicios y los beneficios que proporciona son separados e independientes del seguro que proporciona MetLife. Los servicios de remisión no están disponibles en todos los lados. Exclusiones: El Programa de asistencia en viaje de AXA (AXA Travel Assistance Program) está disponible para los participantes que estén de viaje. Si un viaje supera los 120 días, se considera que el participante ya no está de viaje y, por lo tanto, deja de ser elegible para los servicios. Además, AXA Assistance USA no evacuará ni repatriará participantes sin autorización médica; que tengan lesiones leves, heridas simples como esguinces, fracturas simples o enfermedades leves que puedan tratar los médicos locales y que no impidan que el miembro continúe su viaje o que regrese a casa; o que tengan infecciones en tratamiento y que todavía no estén curadas. No se pagarán beneficios por ninguna pérdida ni lesión a causa de un embarazo y un parto, excepto por complicaciones del embarazo, y trastornos mentales y nerviosos, a menos que lo hospitalicen. No están cubiertos los reembolsos de servicios que no sean médicos, como gastos de hotel, restaurantes, taxis ni pérdida de equipaje durante el viaje. El beneficio máximo por persona para los gastos asociados con evacuaciones, repatriaciones o el retorno de los restos mortales es de US\$500,000. El personal designado de AXA Assistance debe autorizar y organizar el tratamiento para que sea elegible para los beneficios de este programa. AXA Assistance USA, Inc. debe prestar y organizar todos los servicios. No se aceptarán reclamos de reembolso.

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