

Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Red: PDP Plus

	Dentro de la red ¹ Tarifa negociada ²	Fuera de la red ¹ 80% de la tarifa de R&C**
Tipo de cobertura		
Tipo A: Preventivo (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%	100%
Tipo B: Restaurador Básico (empastes, extracciones)	80%	80%
Tipo C: Restaurador Mayor (puentes, dentaduras postizas)	50%	50%
Tipo D: Ortodoncia	50%	50%

Deducible[†]		
Individual	\$50	\$50
Familia	Sin límite	Sin límite
Beneficio Máximo del Año Calendario		
Por cabeza	\$1,250	\$1,250
Ortodoncia Máxima de por vida		
Por cabeza	\$1,000	\$1,000

La elegibilidad de los niños para la cobertura dental es desde el nacimiento hasta los 26 años.

¹"Beneficios dentro de la red" se refiere a los beneficios proporcionados a los beneficios proporcionados por este plan para servicios dentales cubiertos que son proporcionados por un dentista participante. "Beneficios fuera de la red" se refiere a los beneficios proporcionados en virtud de este plan para servicios dentales cubiertos que no son proporcionados por un dentista participante.

²Las tarifas negociadas se refieren a las tarifas que los dentistas participantes han acordado aceptar como pago total por los servicios cubiertos, sujetos a copagos, deducibles, costos compartidos y beneficios máximos. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios.

**La tarifa de R&C se refiere al cargo razonable y habitual (R&C), que se basa en el menor de (1) el cargo real del dentista, (2) el cargo habitual del dentista por los mismos servicios o servicios similares, o (3) el cargo de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica por los mismos servicios o servicios similares según lo determine MetLife.

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

Ortodoncia incluida para adultos y cónyuge/pareja de hecho. Disponible para hijos dependientes de hasta 19 años.

Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Lista de Servicios Principales Cubiertos y Limitaciones*

Las categorías de servicio 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 dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del Plan.

Tipo de plan	Cuántos/con qué frecuencia
Tipo A — Preventivo	
Profilaxis: Limpiezas	Dos por año calendario
Exámenes Orales	Dos exámenes por año calendario
Aplicaciones tópicas de fluoruro	Dos tratamientos con flúor en 12 meses para un niño dependiente menor de 13 años
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías de boca completa; uno de cada 5 años naturales Radiografías de aleta de mordida; uno en 12 meses para adultos; Un juego en 12 meses para niños menores de 19 años
Selladores	Uno por molar cada 60 meses para niños menores de 13 años
Tipo B — Restaurador Básico	
Rellenos	Un reemplazo por superficie en 24 meses
Extracciones simples	
Endodoncia	El tratamiento de conducto radicular se limita a una vez por diente en toda su vida
Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> Raspado periodontal y alisado radicular una vez por cuadrante, en 24 meses Cirugía periodontal una vez por cuadrante, en 36 meses El número total de tratamientos de mantenimiento periodontal y profilaxis no puede exceder de dos tratamientos en un año calendario
Mantenedores de espacio	Un mantenedor de espacio para hijos dependientes menores de 14 años de por vida
Tipo C: Restaurador Mayor	
Reparación/Recementación de Coronas, Dentaduras Postizas y Puentes	Uno en 12 meses
Cirugía Oral	
Implantes	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de implantes; uno por posición del diente en 84 meses Reparación de implantes; uno por diente en 12 meses Prótesis implantosoportada; uno por diente en 84 meses
Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> Colocación inicial para reemplazar uno o más dientes naturales, que se pierden mientras están cubiertos por el plan Reemplazo de dentaduras postizas y puentes; uno en 84 meses. Reemplazo de una dentadura postiza completa temporal existente si la dentadura postiza temporal no se puede reparar y la dentadura postiza permanente se instala dentro de los 12 meses posteriores a la instalación de la dentadura postiza temporal
Coronas / Incrustaciones / Incrustaciones	Reemplazo una vez por diente en 84 meses
Anestesia general	Cuando sea necesario dentalmente en relación con cirugía oral, extracciones u otros servicios dentales cubiertos.
Tipo D — Ortodoncia	
	<ul style="list-style-type: none"> Usted, su cónyuge/pareja de hecho y sus hijos hasta los 19 años de edad están cubiertos mientras el seguro dental esté vigente Todos los procedimientos dentales realizados en relación con el tratamiento de ortodoncia se pagan como Ortodoncia Los pagos son repetitivos El 20% del máximo de por vida de la ortodoncia se considerará en la colocación inicial del aparato y se pagará en función del nivel de coseguro del beneficio del plan para la ortodoncia, según se define en el resumen del plan Los beneficios de ortodoncia terminan con la cancelación de la cobertura

Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Las categorías de servicio y las limitaciones del plan que se muestran arriba representan una descripción general de los beneficios de su plan. Este documento presenta la mayoría de los servicios dentro 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 son Dentalmente Necesarios, aquellos que no cumplen con los estándares de atención generalmente aceptados para el tratamiento de la condición dental en particular, o que consideramos de naturaleza experimental;
- Servicios por los que no tendría que pagar en ausencia de seguro dental;
- Servicios o suministros recibidos por usted o su Dependiente antes de que comience el Seguro Dental para esa persona;
- Servicios que son principalmente cosméticos (para los residentes de Texas, consulte la sección de la página de aviso en el Certificado);
- Servicios que no son realizados ni prescritos por un dentista, excepto aquellos servicios de un higienista dental con licencia que son supervisados y facturados por un dentista y que son para:
 - Raspado y pulido de dientes; o
 - Tratamientos con flúor;
- Servicios o aparatos que restablezcan o alteren la oclusión o la dimensión vertical;
- Restauración de la estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión;
- Restauraciones o aparatos utilizados con el propósito de entablillar periodontalmente;
- Consejería o instrucción sobre higiene bucal, control de placa, nutrición y tabaco;
- Suministros o dispositivos personales, incluidos, entre otros: palillos de agua, cepillos de dientes o hilo dental;
- Decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental;
- Citas perdidas;
- Servicios:
 - Cubierto por cualquier ley de compensación para trabajadores o enfermedad ocupacional;
 - Cubierto por cualquier ley de responsabilidad del empleador;
 - Por los cuales el empleador de la persona que recibe dichos servicios no está obligado a pagar; o
 - Recibido en una instalación mantenida por el empleador, sindicato, asociación de beneficio mutuo u hospital de VA;
- Servicios cubiertos por otras coberturas proporcionadas por el Empleador;
- Restauraciones temporales o provisionales;
- Aparatos temporales o provisionales;
- Medicamentos recetados;
- Servicios para los que la documentación presentada indica un mal pronóstico;
- Los siguientes cuando el dentista los cobra por separado:
 - Cumplimentación del formulario de reclamación;
 - Control de infecciones como guantes, mascarillas y esterilización de suministros; o
 - Anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia como el óxido nítrico.
- Servicios dentales que surjan de lesiones accidentales en los dientes y estructuras de soporte, excepto las lesiones en los dientes debidas a masticar o morder alimentos;
- Servicios, en la medida en que dichos servicios, o beneficios para dichos servicios, estén disponibles bajo un plan gubernamental. Esta exclusión se aplicará independientemente de que la persona que recibe los servicios esté inscrita o no en el plan gubernamental. No excluirémos el pago de beneficios por dichos servicios si el plan gubernamental requiere que el seguro dental bajo la póliza grupal se pague primero.
- Pruebas de susceptibilidad a la caries;
- Instalación inicial de una dentadura postiza fija y permanente para reemplazar uno o más dientes naturales que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el seguro dental, excepto los dientes naturales faltantes congénitos;
- Otros servicios de prótesis fijas para dentaduras postizas no descritos en otra parte del certificado;
- Accesorios de precisión, excepto cuando el accesorio de precisión esté relacionado con prótesis de implantes;
- Ajuste de una dentadura postiza realizado dentro de los 6 meses posteriores a la instalación por el mismo dentista que la instaló;

Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

- Prótesis soportadas por implantes para reemplazar uno o más dientes naturales que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el Seguro Dental, excepto los dientes naturales faltantes congénitos;
- Aditamentos de precisión asociados a prótesis fijas y removibles.
- Aparatos fijos y removibles para la corrección de hábitos nocivos;
- Aparatos o tratamientos para el bruxismo (rechinar los dientes), incluidos, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos;
- Tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).
- Duplicados de dispositivos o aparatos protésicos;
- Reemplazo de un electrodoméstico perdido o robado, restauración de yeso o dentadura postiza; y
- Imágenes fotográficas intra y extraorales

Limitaciones

Beneficios alternativos: Cuando existen dos o más tratamientos dentales profesionalmente aceptables para una afección dental, el pago se basa en la alternativa de tratamiento menos costosa. Si usted y su dentista han acordado un tratamiento que es más costoso que el tratamiento en el que se basa el beneficio del plan, usted será responsable de cualquier responsabilidad de pago adicional. Para evitar malentendidos, le sugerimos que analice las opciones de tratamiento con su dentista antes de que se presten los servicios y obtenga una estimación de los beneficios antes del tratamiento antes de recibir ciertos servicios de alto costo, como coronas, puentes o dentaduras postizas. Usted y su dentista recibirán una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que describe los servicios prestados, el pago de su plan por esos servicios y sus gastos de bolsillo. Los pagos reales pueden variar de la estimación previa al tratamiento dependiendo de los máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables en el momento del pago.

Cancelación/Terminación de Beneficios: La cobertura se proporciona bajo una póliza de seguro grupal (Formulario de póliza GPNP99) emitida por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). La cobertura termina cuando cesa su participación, cuando cesan sus contribuciones dentales o cuando el Titular de la póliza o MetLife terminan la póliza grupal. La póliza de grupo termina por falta de pago de la prima y puede terminar si no se cumplen los requisitos de participación o si el Asegurado no cumple con alguna de las obligaciones derivadas de la póliza. Los siguientes servicios que estén en curso mientras la cobertura esté en vigor se pagarán después de que finalice la cobertura, si la cuota correspondiente o el tratamiento se finaliza dentro de los 31 días posteriores a la terminación individual de la cobertura: Finalización de un dispositivo protésico, corona o terapia de conducto radicular.

Las pólizas de seguro dental grupal que incluyen el Programa de Dentistas Preferidos 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 ofrecidos por MetLife contienen ciertas exclusiones, excepciones, períodos de espera, reducciones, limitaciones y términos para mantenerlos vigentes. Pregúntele a su representante del grupo MetLife por los costos y los detalles completos.

Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Preguntas y respuestas

Q. ¿Quién es un dentista participante?

Un. Un dentista participante es un dentista general o especialista que ha acordado aceptar los honorarios negociados como pago total por los servicios cubiertos prestados a los miembros del plan. Las tarifas negociadas suelen oscilar entre un 30% y un 45% por debajo de las tarifas promedio que se cobran en la comunidad de dentistas por los mismos servicios o servicios sustancialmente similares.†

Q. ¿Cómo puedo encontrar un dentista participante?

Un. Hay miles de dentistas generales y especialistas para elegir en todo el país, por lo que seguramente encontrará uno que satisfaga sus necesidades. Puede recibir una lista de estos dentistas participantes en línea en: www.metlife.com/mybenefits o llame al 1-800-GET-MET8

Q. ¿Qué servicios están cubiertos por este plan?

Un. Los documentos del plan establecen los servicios cubiertos por su plan. La Lista de Servicios Cubiertos Primarios y Limitaciones en este documento contiene un Resumen de los servicios cubiertos. En caso de conflicto entre los documentos del Plan y este resumen, prevalecerán los términos de los documentos del Plan.

Q. ¿Puedo elegir un dentista no participante?

Un. Sí. Siempre es libre de seleccionar el dentista de su elección. Sin embargo, si elige un dentista no participante, sus gastos de bolsillo pueden ser más altos.

Q. ¿Puede mi dentista solicitar la participación en la red?

Un. Sí. Si su dentista actual no participa en la red y le gustaría animarlo a presentar una solicitud, pídale a su dentista que visite www.metdental.com o llame al 1-866-PDP-NTWK para obtener una solicitud.†† El sitio web y el número de teléfono son para uso exclusivo de profesionales dentales.

Q. ¿Cómo se procesan las reclamaciones?

Un. Los dentistas pueden presentar sus reclamos por usted, lo que significa que tiene poca o ninguna documentación. Puede realizar un seguimiento de sus reclamaciones en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando se haya procesado una reclamación. Si necesita un formulario de reclamo, visite www.metlife.com/mybenefits o solicítelo llamando al 1-800-GET-MET8 (1-800-438-6388).

Q. ¿Puedo obtener una estimación de cuáles serán mis gastos de bolsillo antes de recibir un servicio?

Un. Sí. Puede solicitar un presupuesto previo al tratamiento. Su dentista general o especialista generalmente envía a MetLife un plan para su atención y solicita una estimación de los beneficios. El presupuesto le ayuda a prepararse para el costo de los servicios dentales. Le recomendamos que solicite un presupuesto previo al tratamiento para los servicios que superen los siguientes valores: \$300. Simplemente pídale a su dentista que envíe una solicitud en línea en www.metdental.com o llame al 1-877-MET-DDS9. Usted y su dentista recibirán una estimación de beneficios para la mayoría de los procedimientos mientras aún están en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos del plan, los deducibles, los límites de frecuencia y otras condiciones en el momento del pago.

Q. ¿Puede MetLife ayudarme a encontrar un dentista fuera de los EE. UU. si estoy de viaje?

Un. Sí. A través de los servicios de asistencia dental en viaje internacional^l puede obtener una referencia 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 ver a su dentista. La cobertura se considerará bajo sus beneficios fuera de la red.^m Recuerde conservar todos los recibos para presentar un reclamo dental.

Q. ¿Necesito una tarjeta de identificación?

Un. No. No es necesario que presente una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Debe notificar a su dentista que está inscrito en el Programa de Dentistas Preferidos de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información sobre su cobertura a través de un sistema de respuesta de voz automatizado y gratuito.

Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Costo Mensual

Los siguientes costos mensuales están vigentes hasta el 31/8/2026. Su prima se pagará a través de una conveniente deducción de nómina. Los costos mensuales que se muestran a continuación para "Empleado + Hijo(s)" y "Empleado + Familia" incluyen el costo de todos los niños elegibles.

Empleado solo	\$33.76	Empleado + Niño(s)	\$81,25
Empleado + Cónyuge	\$64.02	Empleado + Familia	\$111.08

†Basado en un análisis interno de MetLife. Los honorarios negociados se refieren a los honorarios que los dentistas de la red han acordado aceptar como pago total por los servicios cubiertos, sujetos a copagos, deducibles, costos compartidos y beneficios máximos. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios.

††Debido a los requisitos contractuales, MetLife no puede solicitar ciertos proveedores.

*AXA Assistance USA, Inc. solo ofrece servicios de referencia dental. AXA Assistance no está afiliada a MetLife, y los servicios y beneficios que proporcionan son independientes y aparte del seguro proporcionado por MetLife. Los servicios de referencia no están disponibles en todas las ubicaciones. Exclusiones: El Programa de Asistencia en Viaje de AXA está disponible para los participantes en estado de viaje. Siempre que un viaje supere los 120 días, ya no se considera que el participante está en estado de viaje y, por lo tanto, ya no es elegible para los servicios. Además, AXA Assistance USA no evacuará ni repatriará a los participantes sin autorización médica; con lesiones leves, lesiones simples como esguinces, fracturas simples o enfermedad leve que pueden ser tratadas por médicos locales y que no impiden que el miembro continúe su viaje o regrese a casa; o con infecciones en tratamiento y aún no curadas. No se pagarán beneficios por ninguna pérdida o lesión que sea causada o resultado de: embarazo y parto, excepto por complicaciones del embarazo y trastornos mentales y nerviosos, a menos que esté hospitalizado. Los reembolsos por servicios no médicos, como gastos de hotel, restaurante, taxi o pérdida de equipaje durante el viaje, no están cubiertos. El beneficio máximo por persona para los costos asociados con las evacuaciones, repatriaciones o devolución de restos mortales es de US\$500.000. El tratamiento debe ser autorizado y organizado por el personal designado de AXA Assistance para ser elegible para los beneficios de este programa. Todos los servicios deben ser proporcionados y organizados por AXA Assistance USA, Inc. No se aceptarán reclamaciones de reembolso.

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

Los planes dentales grupales que cuentan con el Programa de Dentistas Preferidos son proporcionados por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY.