

Dental

Metropolitan Life Insurance Company

Diseño de plan para: Evans County Board Of Education

Fecha de preparación: January 10, 2023

El Programa de Dentista Preferido se diseñó para ayudarlo a obtener el cuidado dental que necesita y a disminuir los costos. Usted recibe beneficios para una amplia gama de servicios con cobertura, tanto dentro como fuera de la red. El objetivo es dar protección rentable para que tenga una sonrisa más saludable y esté más sano.

Tipo de cobertura:	Dentro de la red¹ % de la tarifa de PDP ²	Fuera de la red¹ % of PDP Fee ²
Tipo A: Preventivo	100%	100%
Tipo B: Restauración básica	80%	80%
Tipo C: Restauración mayor	0%	0%
Deducible³		
Individual	\$50	\$50
Familiar	\$150	\$150
Beneficio anual máximo:		
Por individuo	\$750	\$750

1. "Beneficios dentro de la red" se refiere a los beneficios proporcionados por este plan de servicios dentales cubiertos proporcionados por un dentista participante. "Beneficios fuera de la red" se refiere a los beneficios incluidos en este plan para los servicios dentales cubiertos proporcionados por un dentista que no sea participante. La atención de un dentista fuera de la red puede costarle más que la de un dentista dentro de la red.
2. Tarifas negociadas se refieren a las tarifas que los dentistas participantes 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.
3. Se aplica solo a los servicios de tipo B y C.

Cancelación/extinción de los beneficios:

La cobertura se brinda conforme a una póliza de seguro colectiva (formulario de póliza GPN99) emitida por Metropolitan Life Insurance Company. Las tarifas están vigentes por un año a partir de la fecha de vigencia de su plan, sujetas a los términos de la póliza colectiva. Una vez que se emite la cobertura, los términos de la póliza colectiva le permiten a Metropolitan Life Insurance Company cambiar las tarifas durante el año en ciertas circunstancias. La cobertura se extingue cuando cesa su empleo de tiempo completo, cuando cesan sus contribuciones dentales o cuando el titular de la póliza cancela la póliza colectiva. La póliza colectiva también puede extinguirse si no se reúnen los requisitos para participar o en la fecha de defunción del empleado, si el titular de la póliza no cumple con alguna obligación estipulada en la póliza, o a criterio de MetLife. La cobertura del dependiente se extingue cuando éste deja de ser un dependiente. Existe un límite de 30 días para los siguientes servicios que estén en curso: finalización de una prótesis, una corona o un tratamiento de conducto luego de la extinción individual de la cobertura.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA INSCRIPCIÓN

Solo puede inscribirse para recibir los beneficios de gastos dentales dentro de los 31 días posteriores a la fecha de elegibilidad de beneficios personales o si cuenta con un evento calificador, o durante el período de inscripción anual abierta del plan.

Evento calificador: Solicitud de cobertura o cambio en la cobertura en virtud de un evento calificador.

En caso de que exista un evento calificador, usted puede solicitar o cambiar su cobertura de beneficios personales de gastos dentales, solo antes de transcurridos 31 días posteriores al evento calificador. Dicha solicitud no tendrá carácter de solicitud atrasada. Salvo en caso de matrimonio o nacimiento o adopción de un menor, usted debe presentarnos evidencia de cobertura dental anterior según el plan de su cónyuge si solicita cobertura en virtud de este Plan debido a la pérdida de una cobertura dental previa. Si presenta una solicitud de cobertura de beneficios personales de gastos dentales o una solicitud para realizar cambios en los beneficios personales de gastos dentales antes de transcurridos treinta y un días posteriores al evento calificador, los beneficios personales de gastos dentales o los cambios entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de su solicitud, sujeto al requisito de trabajar en forma activa, y siempre y cuando ese cambio de la cobertura sea coherente con su nuevo estado familiar.

Servicios con cobertura seleccionados y límites de frecuencia*

Tipo A: Prevención

Cuántos/Con qué frecuencia:

Exámenes bucales	2 en 12 meses
Radiografías de boca completa	1 en 60 meses
Radiografías Bitewing o aleta de mordida (Adultos/Niños)	1 en 12 meses
Profilaxis: Limpiezas	2 en 12 meses
Aplicaciones tópicas de flúor	1 en 12 meses: Niños hasta 14 años

Tipo B: Restauración básica

Cuántos/Con qué frecuencia:

Selladores	1 en 60 meses: Niños hasta 14 años
Mantenedores de espacio	1 de por vida por diente área: Niños hasta la edad de 14
Amalgamas y empastes compuestos	1 en 24 meses. Dientes anteriores únicamente
Tratamiento paliativo de emergencia	

Tipo C: Restauración de importancia

Cuántos/Con qué frecuencia:

LOS SERVICIOS DE TIPO C NO ESTÁN CUBIERTOS CON ESTE TIPO DE COBERTURA.	
---	--

***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 acordaron un tratamiento más costoso que el tratamiento en el que se basa su plan de beneficios, usted será responsable por cualquier pago adicional. Para evitar cualquier malentendido, le sugerimos hablar sobre 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 tales 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 el monto que deberá desembolsar de su bolsillo. 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.

Las categorías de servicios y limitaciones del plan que se indican arriba representan una descripción general de su Plan de Beneficios. Este documento presenta muchos servicios dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del Plan. Para obtener más información, consulte la descripción del Plan. En caso de que exista un conflicto con este resumen, tendrán prioridad los términos del certificado.

No pagaremos beneficios de Seguro Dental por cargos incurridos por lo siguiente:

1. Servicios que no son dentalmente necesarios, aquellos que no sigan las normas de cuidado generalmente aceptadas para tratar una afección dental determinada, o que consideremos de naturaleza experimental.
2. Servicios por los que a usted no se le solicitaría pagar en ausencia de un Seguro Dental.
3. Servicios o suministros que usted o su dependiente haya recibido antes del comienzo del Seguro Dental para esa persona.
4. Servicios que son principalmente estéticos (en caso de ser residente de Texas, vea la sección de la página de notificaciones en su certificado).
5. Servicios que no son realizados ni prescritos por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por 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.

En el caso de los grupos ubicados en Nueva York, no se aplica esta exclusión.
6. Servicios o aparatos que restauren o modifiquen la oclusión o dimensión vertical.
7. Restauración de una estructura dentaria dañada por desgaste, abrasión o erosión.
8. Restauraciones o aparatos utilizados con el propósito de soporte periodontal.
9. Asesoramiento o instrucciones acerca de la higiene bucal, control de placa, nutrición y tabaco.
10. Suministros personales o artículos personales incluidos, entre otros: irrigadores orales, cepillos de dientes o hilo dental.
11. Decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
12. Citas perdidas.
13. 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 la Administración de Veteranos (VA).

En el caso de los grupos ubicados en Carolina del Norte y Virginia, no se aplica esta exclusión.
14. Servicios pagados bajo la ley de compensación de los trabajadores, enfermedad ocupacional o la ley de responsabilidad del empleador de la siguiente manera:
 - para personas que tienen cobertura en Carolina del Norte para el tratamiento de una lesión o enfermedad ocupacional que se paga por la Ley de Compensación Laboral de Carolina del Norte en la medida que tales servicios sean responsabilidad del proveedor del seguro del empleado, del empleador o de la compensación laboral de acuerdo con un fallo definitivo según la Ley de Compensación Laboral de Carolina del Norte o una orden de la Comisión Industrial de Carolina del Norte que apruebe un acuerdo de liquidación según la Ley de Compensación Laboral de Carolina del Norte;
 - o para personas que no tienen cobertura en Carolina del Norte, los servicios pagados o a pagar bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional.

Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Carolina del Norte.
15. Servicios:
 - por los cuales el empleador de la persona que recibe dichos servicios debe pagar; o
 - recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos u hospital de la Administración de Veteranos (VA).

Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Carolina del Norte.
16. Servicios cubiertos bajo cualquier ley de compensación de los trabajadores, enfermedad ocupacional o responsabilidad del empleador para los cuales el empleado o dependiente recibió beneficios bajo esa ley.

Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Virginia.
17. Servicios:
 - por los cuales no se exige pago alguno al empleador del beneficiario; o
 - recibidos en un centro mantenido por el titular de la póliza, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos, u hospital de la Administración de Veteranos (VA).

Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Virginia.
18. Servicios cubiertos bajo otra cobertura brindada por el empleador.
19. Restauraciones temporales o provisorias.
20. Aparatos temporales o provisorios.
21. Medicamentos recetados.
22. Servicios para los cuales la documentación presentada indica un pronóstico poco favorable.
23. Los siguientes cuando son cobrados por el dentista por separado:
 - llenado 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 nítrico.
24. 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.

En el caso de los grupos ubicados en Nueva York, no se aplica esta exclusión.
25. Pruebas de susceptibilidad a las caries.
26. La colocación inicial de una prótesis fija y permanente para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
27. Otros servicios de prótesis fijas que no hayan sido descritos en ninguna parte de este certificado.
28. Accesorios de precisión.

29. Colocación inicial o reemplazo de una prótesis completa o extraíble para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
30. Incorporación de dientes a una prótesis parcial extraíble para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
31. Ajuste de una prótesis realizado dentro de los 6 meses posteriores a la colocación por el mismo dentista que la colocó.
32. Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales.¹
33. Aparatos o tratamiento para el bruxismo (rechinar los dientes), que incluyen, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos.¹
34. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ). Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.¹
35. Servicios o aparatos de ortodoncia.¹
36. Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.¹
37. Dispositivos protésicos o aparatos duplicados.
38. Reemplazo de un aparato, restauración moldeada o prótesis perdidas o robadas.
39. Imágenes fotográficas intra y extrabucales.
40. Servicios o suministros prestados como resultado de una remisión prohibida por la Sección 1-302 del Artículo de Profesiones de la Salud de Maryland. Una remisión prohibida es cuando un Profesional de Atención Médica lo remite a una Entidad de Atención Médica en la que el profesional o un miembro de la familia inmediata del profesional o ambos tienen un Interés Beneficioso o tienen un Acuerdo de Compensación. A los efectos de esta exclusión, los significados de los términos "Remisión", "Profesional de Atención Médica", "Entidad de Atención Médica", "Interés Beneficioso" y "Acuerdo de Compensación" son iguales a los brindados en la Sección 1-301 del Artículo de Profesiones de la Salud de Maryland.
Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Maryland.

¹ Algunas de estas exclusiones pueden no ser aplicables. Consulte su Certificado de Seguro.

Preguntas frecuentes... respuestas importantes

¿Qué es un dentista participante?

Un dentista participante o de la red es un especialista o dentista general que ha acordado aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios prestados a los miembros del plan. Las tarifas negociadas usualmente oscilan entre 30% y 45% menos que las tarifas promedio que cobra la comunidad de dentistas por el mismo servicio o uno considerablemente similar.*

*Basado en análisis interno de MetLife. Tarifas negociadas se refieren a las tarifas que los dentistas participantes 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. Los ahorros de la inscripción en un plan de beneficios dentales dependerán de varios factores, que incluyen el costo del plan, la frecuencia con la que los miembros visitan a un dentista y el costo de los servicios prestados. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios.

¿Cómo encuentro un dentista participante del PDP?

Existen miles de dentistas generales y especialistas, de modo que pueda encontrar uno que alcance sus necesidades. Puede obtener una lista de estos dentistas participantes del PDP en línea en www.metlife.com/dental o llamar al 1-800-438-6388 para solicitar que le envíen una lista por fax o correo.

¿Qué servicios cubre mi plan?

Consulte su Certificado de Seguro si desea ver una lista de los servicios cubiertos.*

¿El Programa de Dentista Preferido ofrece algún descuento en los servicios que no están cubiertos?

Las tarifas negociadas pueden extenderse a los servicios no cubiertos por su plan y los servicios recibidos después de alcanzar el monto máximo del plan, siempre que lo permita la ley estatal respectiva. De ser así, será únicamente responsable por la tarifa negociada.

*Las tarifas negociadas son susceptibles de cambios. Las tarifas negociadas para los servicios no cubiertos no se aplican en todos los estados.

¿Puedo elegir a un dentista no participante?

Sí. Siempre está en libertad de seleccionar un dentista de su elección. Sin embargo, si elige un dentista no participante (fuera de la red), es posible que sus costos de bolsillo sean mayores que sus costos de bolsillo cuando visita a un dentista dentro de la red.

¿Puede mi dentista solicitar su participación en la red?

Sí. Si su dentista actual no participa en la red y quiere alentarlos para que realice la solicitud, pídale a su dentista que visite www.metdental.com o llame al 1-866-PDP-NTWK para realizar la solicitud.* El sitio web y el número de teléfono son únicamente para uso de dentistas profesionales.

* Debido a requisitos contractuales, MetLife no puede hacer ofertas a ciertos proveedores.

¿Cómo se procesan los reclamos?

Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, es decir, usted prácticamente no tendrá que hacer trámites. Puede realizar un seguimiento de sus reclamos en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando un reclamo haya sido procesado. Si necesita un formulario de reclamo, visite www.metlife.com/dental o solicite uno llamando al 1-800-438-6388.

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

Sí. Puede solicitar un cálculo estimativo previo al tratamiento. Su dentista general o especialista generalmente envía a MetLife un plan para su cuidado y solicita un cálculo estimativo de los beneficios. El cálculo estimativo le ayuda a prepararse para el costo de los servicios dentales. Le recomendamos solicitar un cálculo estimativo previo al tratamiento para los servicios que excedan los \$300. Tan solo pida 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 un cálculo estimativo de los beneficios para la mayoría de los procedimientos mientras se encuentre en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos, deducibles, frecuencias máximas del plan y otras condiciones vigentes en el momento del pago.

¿Cómo puedo saber qué cobran los dentistas en mi área por diferentes procedimientos?

Si tiene MyBenefits, puede acceder a la Herramienta de Costos de Procedimientos Dentales. Puede utilizar la herramienta para buscar tarifas promedio para los servicios dentales dentro y fuera de la red en su área.* Encontrará tarifas para servicios como exámenes, limpiezas, empastes, coronas y más. Tan solo regístrese en www.metlife.com/mybenefits.

* La aplicación de la Herramienta de Costos de Procedimientos dentales es proporcionada por go2dental.com, Inc., un proveedor independiente. MetLife proporciona la información de los costos de la red a go2dental.com y no está disponible para proveedores que participan con MetLife a través de otra empresa. La información de los costos fuera de la red es proporcionada por go2dental.com. Esta herramienta no provee la información sobre pagos usada por MetLife al procesar sus reclamos. Antes de recibir los servicios, las estimaciones previas al tratamiento que solicite a su dentista le darán la información más precisa sobre cargos y pagos.

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

Sí. A través de los servicios de asistencia dental en 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 asistencia inmediata hasta que pueda consultar a su dentista. La cobertura se considera según sus beneficios fuera de la red.** Recuerde conservar todos los recibos para enviar un reclamo dental.

*Los servicios de Asistencia dental en viajes internacionales son prestados por AXA Assistance USA, Inc., que proporciona únicamente servicios de remisión 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 su Certificado de Seguro para ver su cobertura dental fuera de la red.

¿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. Si el plan 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 importe que pagará MetLife en concepto de beneficios puede ser menor, debido al pago de beneficios del plan primario.

¿Necesito una tarjeta de identificación?

No, no necesita presentar una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Debe informar a su dentista que se inscribió en el Programa de Dentista Preferido (Preferred Dentist Program) 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.

Mis dependientes, ¿tienen que consultar al mismo dentista que yo elija?

No, usted y sus dependientes tienen cada uno la libertad de elegir cualquier dentista.

