



## Diseño de plan para: Metropolitan Healthcare Services

**Fecha de entrada en vigencia del plan original: 05/01/2015**

### Red: PDP Plus

El Programa de Dentista Preferido se diseñó para ayudarle a obtener el cuidado dental que necesita y a disminuir los costos. Recibe beneficios para una amplia gama de servicios con cobertura, tanto dentro como fuera de la red. El objetivo es proporcionar una protección accesible para lograr que usted y su sonrisa estén más saludables.

<b>Tipo de cobertura:</b>	<b>Dentro de la red<sup>1</sup> % de tarifa negociada<sup>2</sup></b>	<b>Fuera de la red<sup>1</sup> % de Negociada Tarifa<sup>2</sup></b>
<b>Tipo A:</b> Preventivo	100%	70%
<b>Tipo B:</b> Restauración básica	80%	50%
<b>Tipo C:</b> Restauración de importancia	50%	30%
<b>Deducible<sup>3</sup></b>		
Individual	\$50	\$100
Familiar	\$150	\$300
<b>Beneficio anual máximo:</b>		
Por individuo	\$1000	\$500
<b>Edad del dependiente:</b>	Elegible para beneficios hasta el día en que cumple 26 años.	
<p>1 "Beneficios dentro de la red" hace referencia a los beneficios incluidos en este plan de servicios dentales proporcionados por un proveedor participante del PDP de MetLife. "Beneficios fuera de la red" hace referencia a los beneficios incluidos en este plan para servicios dentales que no son proporcionados por un dentista del PDP de MetLife.</p> <p>2. El cargo del PDP hace referencia a los honorarios que los dentistas del PDP de MetLife han acordado aceptar como pago total.</p> <p>3. Se aplica a los servicios de tipo A (fuera de la red), B y C</p>		

## Comprenda su plan de beneficios dentales

El Programa de Dentista Preferido está diseñado para proporcionar la cobertura dental que necesita con las características que desea. Como la libertad de consultar al dentista que elija, dentro o fuera de la red. .

Si le prestan servicios dentro de la red, usted es responsable de todos los costos compartidos aplicables, los cargos negociados después de alcanzar los beneficios máximos y los costos por servicios no cubiertos. Si le prestan servicios fuera de la red, es responsable de todos los costos compartidos aplicables, los cargos que exceden los beneficios máximos, los cargos que exceden los montos de las listas de tarifas negociadas y los cargos por servicios no cubiertos.

- Los beneficios del plan se basan en el porcentaje de la tarifa negociada, es decir, la tarifa que los dentistas participantes aceptaron como pago total.

### Aproveche las posibilidades del acceso directo en línea con MyBenefits.

- Verifique el estado de sus reclamos.
- Localice un dentista participante del PDP.
- Acceda a la Biblioteca de la Salud Bucal de MetLife.
- Elija ver la Explicación de sus Beneficios en línea.

Si aún no está registrado, simplemente ingrese a [www.metlife.com/mybenefits](http://www.metlife.com/mybenefits) y siga las sencillas instrucciones para el registro.

## **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	1 en 6 meses
Radiografías Bitewing o aleta de mordida (Adultos/Niños)	1 en 12 meses
Profilaxis: Limpiezas	1 en 6 meses
Aplicaciones tópicas de flúor	1 en 12 meses: Niños hasta 16 años
Selladores	1 en 60 meses: Niños hasta 16 años

### Tipo B: Restauración básica

### Cuántos/Con qué frecuencia:

Radiografías de boca completa	1 en 60 meses
Mantenedores de espacio	1 de por vida por diente área: Niños hasta la edad de 14
Amalgamas y empastes compuestos	1 en 24 meses.
Raspado y alisado radicular periodontal	1 en 24 meses por cuadrante
Mantenimiento periodontal	2 en 1 año, incluye 2 limpiezas
Cirugía bucal (extracciones simples)	
Tratamiento paliativo de emergencia	

### Tipo C: Restauración de importancia

### Cuántos/Con qué frecuencia:

Coronas/incrustaciones/incrustaciones externas	1 por diente en 10 años
Coronas prefabricadas	1 por diente en 10 años
Reparaciones	1 en 24 meses
Tratamiento de conducto de endodoncia	1 por diente de por vida
Cirugía periodontal	1 en 36 meses por cuadrante
Cirugía bucal (extracciones quirúrgicas)	
Otras cirugías bucales	
Puentes	1 en 10 años
Prótesis	1 en 10 años
Anestesia general	
Consultas	1 en 12 meses
Servicios de implantes	1 servicio por diente en 10 año - 1 reparación cada 10 años

**\*Beneficios alternativos:** Su plan dental estipula que ante un problema dental para el que existen dos o más tratamientos profesionalmente aceptables, el reembolso y los cargos relacionados con el procedimiento se calcularán de acuerdo con la alternativa de tratamiento menos costosa. Si recibe un tratamiento más costoso, es posible que el dentista le cobre a usted o a su dependiente la diferencia entre el costo del servicio realizado y el tratamiento menos costoso.

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.

**Como la mayoría de pólizas de seguro dental colectivo, las pólizas colectivas de MetLife contienen ciertas exclusiones, limitaciones y períodos de espera y términos para mantenerlas vigentes. El certificado de seguro establece todos los términos y provisiones del plan incluyendo todas las exclusiones y limitaciones.**

## 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 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).**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 provisionales.
20. Aparatos temporales o provisionales.
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 accidental no intravenosa, por ejemplo, óxido nitroso.
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, salvo los casos en que el accesorio esté relacionado con prótesis de implantes.
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. Implantes 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.
33. Prótesis con implantes 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.
34. Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales.<sup>1</sup>
35. Aparatos o tratamiento para el bruxismo (rechinar los dientes), que incluyen, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos.<sup>1</sup>
36. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ). Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.<sup>1</sup>
37. Servicios o aparatos de ortodoncia.<sup>1</sup>
38. Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.<sup>1</sup>
39. Dispositivos protésicos o aparatos duplicados.
40. Reemplazo de un aparato, restauración moldeada o prótesis perdidas o robadas.
41. Imágenes fotográficas intra y extrabucales.
42. 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.**

<sup>1</sup>Algunas de estas exclusiones pueden no ser aplicables. Consulte su diseño y certificado del plan para obtener más información.

Como la mayoría de pólizas de seguro dental colectivo, las pólizas colectivas de MetLife contienen ciertas exclusiones, limitaciones y períodos de espera y términos para mantenerlas vigentes. El certificado de seguro establece todos los términos y provisiones del plan incluyendo todas las exclusiones y limitaciones.

## Preguntas frecuentes... respuestas importantes

### ¿Qué es un dentista participante?

Un dentista participante 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 normalmente oscilan entre un 15 y un 45 % menos que los cargos promedio que cobra la comunidad de dentistas por el mismo servicio o uno considerablemente similar.\*

\*Basado en análisis interno de MetLife. Los ahorros de la inscripción en un plan de beneficios dentales dependerán de varios factores, que incluyen la frecuencia con la que los miembros acuden a los dentistas participantes y el costo de los servicios recibidos. Las tarifas negociadas son susceptibles de cambios. Las tarifas negociadas para los servicios no cubiertos no se aplican en todos los estados.

### ¿Cómo encuentro un dentista participante del PDP?

Existen miles de dentistas generales y especialistas Nacional, 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](http://www.metlife.com/dental) o llamar al 1-800-275-4638 para solicitar que le envíen una lista por fax o correo.

### ¿Qué servicios cubre mi plan?

Están cubiertos todos los servicios definidos bajo su plan colectivo de beneficios dentales. Consulte los beneficios del plan que se adjuntan para obtener más información.

### ¿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 puede elegir al dentista que desee. No obstante, si elige un dentista no participante, el gasto que debe desembolsar puede ser mayor. Estos dentistas no han aceptado las tarifas negociadas. Por lo tanto, usted puede ser responsable por las diferencias del costo de la tarifa del dentista y el pago del beneficio del plan.

### ¿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](http://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](http://www.metlife.com/dental) o solicite uno llamando al 1-800-275-4638.

### ¿Puedo saber de antemano cuánto serán mis gastos de desembolso 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](http://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](http://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<sup>+</sup>, 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.<sup>\*\*</sup> Recuerde conservar todos los recibos para enviar un reclamo dental.

\*Los servicios de asistencia dental en viajes internacionales se proporcionan a través de AXA Assistance USA, Inc. AXA Assistance no está asociado a MetLife o sus empresas afiliadas, y los servicios que presta son independientes de los beneficios que presta MetLife.

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

### **¿Cómo coordina MetLife los beneficios con otros planes de seguro?**

La disposición de coordinación de beneficios en los planes de beneficios dentales es un conjunto de reglas que se siguen cuando un paciente está cubierto por más de un plan de beneficios dentales. Estas reglas determinan el orden en el que pagan los beneficios 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. 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.