

Opciones del plan dental NCD de MetLife

Planes NCD Core de MetLife

	Value	Essentials	Complete
Máximo anual	\$750	\$2,000	\$10,000
Deducible anual (por miembro)	\$50	\$50	\$100 de por vida
Servicios preventivos	100 %: 2 limpiezas	100 %: 3 limpiezas	100 %: 3 limpiezas
Servicios básicos (años 1 - 2 - 3+)*	50 % - 65 % - 80 %	65 % - 80 % - 90 %	65 % - 80 % - 90 %
Servicios importantes (años 1 - 2 - 3+)*	0 % - 10 % - 25 %	10 % - 50 % - 60 %	10 % - 50 % - 60 %
Período de espera para servicios importantes*	12 meses	Ninguno	Ninguno
La prima mensual individual comienza en:	\$35	\$59	\$78

* En NY/CT: Value: los servicios básicos se cubren al 75 % en el año 1 y al 90 % en el año 2. El plan Value no incluye cobertura de servicios importantes. Essentials/Complete: los servicios básicos se cubren al 80 % en el año 1. Hay un período de espera de 12 meses para los servicios importantes. Los folletos específicos de NY/CT están disponibles en Agents.NCD.com.

Planes NCD Elite de MetLife

	Elite 1500	Elite 3000	Elite 5000
Máximo anual	\$1,500	\$3,000	\$5,000
Deducible anual (por miembro)	\$50	\$50	\$50
Servicios preventivos	100 %: 2 limpiezas	100 %: 2 limpiezas	100 %: 2 limpiezas
Servicios básicos	80 %	80 %	80 %
Servicios importantes (años 1 - 2+)*	Del 10 % al 50 %	Del 10 % al 50 %	Del 10 % al 50 %
Período de espera para servicios importantes**	Ninguno	Ninguno	Ninguno
La prima mensual individual comienza en:	\$55	\$69	\$79

** En NY/CT: Período de espera de 12 meses para los servicios importantes en todos los planes Elite.

Planes NCD Bright de MetLife

	Bright 1000	Bright 1500
Máximo anual	\$1,000	\$1,500
Deducible anual (por miembro)	\$100	\$100
Servicios preventivos (años 1 - 2+)	Del 90 % al 100 %: 2 limpiezas	Del 90 % al 100 %: 2 limpiezas
Servicios básicos (años 1 - 2 - 3+)	50 % - 60 % - 70 %	50 % - 60 % - 70 %
Servicios importantes (años 1 - 2+)	Del 10 % al 20 %	Del 10 % al 20 %
Período de espera para servicios importantes	Ninguno	Ninguno
La prima mensual individual comienza en:	\$29	\$34

Los productos no se encuentran disponibles en todos los estados. Para verificar la disponibilidad vigente por estado, llame al (800) 485-3855. Al igual que la mayoría de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios que ofrecen MetLife y sus afiliadas tienen ciertas exclusiones, excepciones, períodos de espera, reducciones, limitaciones y términos para mantenerse vigentes. Es probable que deba pagar copagos, deducibles o cualquier otro monto que supere aquellos que MetLife debe pagar por los servicios cubiertos, conforme se describen en su certificado o póliza de seguro dental. Comuníquese con su representante de MetLife para obtener información completa y detalles sobre costos. Metropolitan Life Insurance Company no tiene afiliación alguna con National Wellness & Fitness Association. Metropolitan Life Insurance Company solo ofrece los beneficios incluidos en sus pólizas de seguro y no se responsabiliza de otros beneficios ni descuentos asociados con la membresía en la NWFA. L5074460[exp0727][All States and][All Territories]

Limitaciones y exclusiones

- » Servicios que no son necesarios desde el punto de vista dental, aquellos que no sigan las normas de cuidado generalmente aceptadas para tratar una afección dental determinada, o que consideremos de naturaleza experimental.
- » Servicios por los que a una persona cubierta no se le solicitaría pagar en ausencia de un seguro dental.
- » Servicios o suministros que la persona cubierta haya recibido antes del comienzo del seguro para esa persona.
- » Servicios que no son prestados ni prescritos por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por un higienista dental con licencia que son supervisados y facturados por un dentista para raspado o pulido de dientes, o tratamiento con flúor.
- » Servicios que son principalmente estéticos. (Para los residentes de Texas: Servicios que son principalmente estéticos, salvo que sean requeridos para el tratamiento o la corrección de defectos congénitos de un recién nacido).
- » Servicios o aparatos que restauren o modifiquen la oclusión o dimensión vertical.
- » Restauración de una estructura dentaria dañada por desgaste, abrasión o erosión, salvo que el daño haya sido causado por una enfermedad.
- » Restauraciones o aparatos utilizados con el propósito de soporte periodontal.
- » Asesoramiento o instrucciones acerca de la higiene bucal, control de placa, nutrición y tabaco.
- » Suministros personales o artículos personales, incluidos, entre otros: irrigadores orales, cepillos de dientes o hilo dental.
- » La colocación inicial de una prótesis para sustituir uno o más dientes que se perdieron antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
- » Decoración o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
- » Citas perdidas.
- » Servicios cubiertos bajo cualquier ley de compensación de los trabajadores o enfermedad ocupacional.
- » Servicios cubiertos bajo cualquier ley de responsabilidad del empleador.
- » Servicios por los cuales no se exige pago alguno a la asociación del beneficiario.
- » Servicios recibidos en un centro mantenido por el Titular de la póliza, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos u hospital de Asuntos de Veteranos (VA).
- » Servicios comprendidos en la cobertura brindada por el Titular de la póliza.
- » Restauraciones temporarias o provisorias.
- » Aparatos temporarios o provisorios.
- » Medicamentos recetados.
- » Servicios para los cuales la documentación presentada indica un pronóstico poco favorable.
- » Servicios, en la medida que tales servicios o beneficios por tales servicios, estén disponibles bajo un plan del gobierno. Esta exclusión se aplica ya sea que la persona que recibe los servicios esté inscrita o no en el plan del gobierno. No excluirémos el pago de los beneficios para tales servicios si el plan del gobierno requiere que se pague primero el Seguro Dental de la póliza colectiva.
- » Los siguientes cuando son cobrados por el dentista por separado: compleción 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 nitroso.
- » Servicios dentales derivados de la lesión accidental de los dientes y estructuras de soporte, excepto lesiones de los dientes ocasionadas por masticar y morder alimentos.
- » Pruebas de susceptibilidad a las caries.
- » Accesorios de precisión asociados con las prótesis fijas y extraíbles.
- » Ajuste de una prótesis realizado dentro de los 6 meses posteriores a la colocación por el mismo dentista que la colocó.
- » Dispositivos protésicos o aparatos duplicados.
- » Reemplazo de una restauración moldeada, una prótesis o un aparato perdidos o robados.
- » Imágenes fotográficas intra y extrabucales.
- » Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales.
- » Aparatos o tratamiento para el bruxismo (rechinar los dientes), que incluyen, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos.
- » Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular. Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.
- » Servicios o aparatos de ortodoncia.
- » Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.
- » Prótesis sobre implantes para reemplazar uno o más dientes que faltaban antes de que esa persona tuviera cobertura de seguro dental, salvo dientes naturales faltantes por una anomalía congénita.