

Descripción del producto

	Dentro de la red (Red del Programa de Dentista Preferido [PDP] Plus de MetLife)	Fuera de la red
Reembolso	Tarifa negociada	Cargo máximo permitido*
Tipo A: Prevención	90 % - Año 1 100 % - Año 2	90 % - Año 1 100 % - Año 2
Tipo B: Básico	50 % - Año 1 60 % - Año 2 70 % - Año 3	50 % - Año 1 60 % - Año 2 70 % - Año 3
Tipo C: Importante	10 % - Año 1 20 % - Año 2	10 % - Año 1 20 % - Año 2
El deducible por año calendario se aplica a: Individuo	Tipos B y C: \$100	Tipos B y C: \$100
Beneficio anual máximo (Por persona)	\$1,000	\$1,000

Detalles del producto

Tipo A <i>Los beneficios se pagan de inmediato, desde la fecha de inicio de los beneficios de un individuo</i>	
Exámenes	2 veces en 12 meses (1 cada 6 meses)
Exámenes: foco en el problema	En combinación con límite de exámenes
Profilaxis: Limpiezas	2 veces en 12 meses (1 cada 6 meses)
Tipo B <i>Los beneficios se pagan de inmediato, desde la fecha de inicio de los beneficios de un individuo</i>	
Flúor	1 vez cada 12 meses para un hijo dependiente menor de 14 años
Radiografías de aleta de mordida	1 vez cada 12 meses
Selladores	1 por molar cada 60 meses para hijos menores de 14 años
Mantenedores de espacio	1 para hijos menores de 14 años
Empastes de amalgama	1 reemplazo por superficie cada 24 meses
Tratamiento paliativo de emergencia	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Empastes de resina compuesta	No incluye cobertura para empastes compuestos de resina en molares
Laboratorio y otros exámenes	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Servicios generales	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio

Detalles del producto

Tipo C Los beneficios se pagan de inmediato, desde la fecha de inicio de los beneficios de un individuo	
Mantenimiento periodontal	2 tratamientos periodontales cada 1 año calendario, lo que incluye 2 limpiezas (total combinados: 2)
Radiografías periapicales	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Otras radiografías	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Radiografías de boca completa	Una vez cada 60 meses
Consultas	1 cada 12 meses
Tratamiento de conducto	1 por diente en la vida
Cirugía periodontal	1 por cuadrante en cualquier período de 36 meses
Raspado y alisado radicular	1 por cuadrante en cualquier período de 24 meses
Protección pulpar	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Terapia pulpar	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Coronas prefabricadas	1 por diente cada 10 años calendario
Reconstrucción de coronas/perno y muñón	1 por diente cada 10 años calendario
Reparaciones	1 cada 12 meses
Recementado	1 cada 12 meses
Prótesis	1 cada 10 años calendario
Prótesis: revestimiento/rebase limitado	1 cada 36 meses
Ajuste de prótesis	1 cada 12 meses
Puentes fijos	1 cada 10 años calendario
Incrustaciones/incrustaciones externas/coronas	1 reemplazo por diente cada 10 años calendario
Acondicionamiento de tejido	1 cada 36 meses
Ajustes oclusales	1 cada 12 meses
Anestesia general	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Pulpotomía	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Apexificación y recalcificación	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Cirugía periodontal: injertos de tejido blando y conectivo	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Tratamiento periodontal no quirúrgico	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Cirugía bucal: Extracciones simples	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Cirugía bucal: Extracciones quirúrgicas	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio
Otras cirugías bucales	Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio

Nombre del agente:

N.º de Teléfono:

Correo electrónico:

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 excluiríamos 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 extrabucles.
- » Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales.
- » Implantología, incluidas reparaciones.
- » 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.

Las pólizas de seguro dental que cuentan con el Programa de Dentista Preferido están suscriptas por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY 10166. 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.

* El pago de los servicios fuera de la red se basa en el menor de los honorarios reales del dentista o en el cargo máximo permitido. El cargo máximo permitido fuera de la red es un monto establecido por MetLife.

Este folleto ofrece un resumen breve de los beneficios. Para obtener la lista completa de beneficios, exclusiones y limitaciones, consulte el certificado de cobertura. En caso de discrepancia, regirán los beneficios, términos y condiciones incluidos en los documentos del certificado.

L5074558[exp0327][All States and][All Territories] © 2026 MetLife Services and Solutions, LLC