

Descripción del producto

SOLO NY/CT

| | Dentro de la red (Red del Programa de Dentista Preferido [PDP] Plus de MetLife) | Fuera de la red |
|---|---|--|
| Reembolso | Lista de tarifas negociadas* | Cargo máximo permitido** |
| Tipo A: Prevención | 100 % | 100 % |
| Tipo B: Básico | 80 % - Año 1 80 % - Año 2 90 % - Año 3 | 80 % - Año 1 80 % - Año 2 90 % - Año 3 |
| Tipo C: Importante | 0 % - Año 1 50 % - Año 2 60 % - Año 3 | 0 % - Año 1 50 % - Año 2 60 % - Año 3 |
| El deducible por año calendario se aplica a: Individuo | \$50 por año, por miembro | \$50 por año, por miembro |
| Beneficio anual máximo (Por persona) | \$2,000 | \$2,000 |

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 | 3 veces cada 1 año calendario |
| Exámenes: foco en el problema | En combinación con límite de exámenes |
| Profilaxis: Limpiezas | 3 veces cada 1 año calendario |
| Flúor | 1 vez cada 12 meses para un hijo dependiente menor de 14 años |
| Radiografías de aleta de mordida | 1 vez cada 12 meses |
| Tipo B <i>Los beneficios se pagan de inmediato, desde la fecha de inicio de los beneficios de un individuo</i> | |
| Selladores | 1 por molar cada 60 meses para hijos menores de 14 años |
| Mantenedores de espacio | 1 para hijos menores de 14 años |
| Radiografías de boca completa | Una vez cada 60 meses |
| Empastes de amalgama | 1 reemplazo por superficie cada 24 meses |
| Mantenimiento periodontal | 3 Tratamientos cada 1 año calendario, lo que incluye 3 limpiezas (total combinados: 3) |
| Laboratorio y otros exámenes | Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio |
| Tratamiento paliativo de emergencia | Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio |
| Radiografías periapicales y otras radiografías | Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio |
| Extracciones simples | Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio |
| Empastes de resina compuesta (incluye cobertura para empastes compuestos en molares) | Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio |
| Protección pulpar | Sin limitaciones específicas de frecuencia o edad para este servicio |
| Terapia pulpar | 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

| | |
|--|--|
| 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 |
| 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 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

SOLO NY/CT

- » 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.

* Las tarifas negociadas hacen referencia a los cargos que los dentistas de la red han acordado aceptar 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.

** 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.

Los planes de seguros grupales dentales que cuentan con el Programa de Dentista Preferido están a cargo de Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY. 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. Comuníquese con el (800) 485-3855 para obtener información detallada y completa sobre los costos. Es posible que la cobertura no esté disponible en todos los estados.