

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	50 % - Año 1 75 % - Año 2 90 % - Año 3	50 % - Año 1 75 % - Año 2 90 % - Año 3
Tipo C: Importante	0 % - Año 1 0 % - Año 2 0 % - Año 3	0 % - Año 1 0 % - Año 2 0 % - 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)	\$750	\$750

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	1 vez cada 6 meses
Exámenes: foco en el problema	En combinación con límite de exámenes
Profilaxis: Limpiezas	1 vez cada 6 meses
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	2 Tratamientos cada 1 año calendario, lo que incluye 2 limpiezas (total combinados: 2)
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 Cubierto al 0 %	
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 sean necesarios desde el punto de vista dental o que no cumplan con las normas de atención generalmente aceptadas para tratar una afección dental específica.
- » Servicios por los que a usted no se le solicitaría pagar en ausencia de un Seguro Dental.
- » Servicios o suministros que usted o su dependiente haya recibido antes del comienzo del Seguro Dental para esa persona.
- » Servicios que son principalmente estéticos.
- » 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 por una enfermedad.
- » Restauración o aparatos utilizados con el propósito de soporte periodontal.
- » Asesoramiento o instrucciones acerca de la higiene bucal, control de la placa, nutrición y tabaco.
- » Suministros personales o artículos personales, incluidos, entre otros: irrigadores orales, cepillos de dientes o hilo dental.
- » Decoración o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
- » Citas perdidas.
- » Servicios cubiertos por cualquier ley de compensación de los trabajadores o de enfermedad ocupacional; servicios cubiertos por cualquier ley de responsabilidad del empleador; servicios que el empleador de la persona que los recibe esté obligado a pagar; o servicios recibidos en un establecimiento mantenido por el titular de la póliza, sindicato, asociación de beneficios mutuos u hospital de Asuntos de Veteranos (VA).
- » Servicios cubiertos bajo la cobertura brindada por el titular de la póliza.
- » Biopsias de tejido bucal duro y blando.
- » Restauraciones temporarias o provisorias.
- » Aparatos temporarios o provisorios.
- » Medicamentos recetados.
- » Servicios para los cuales la documentación presentada indica un pronóstico poco favorable.
- » 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.
- » Pruebas de susceptibilidad a las caries
- » Instalación inicial o reemplazo de las restauraciones de molde
- » Coronas prefabricadas.
- » Reparación de restauraciones moldeadas.
- » Cementación de restauraciones moldeadas o prótesis dentales.
- » Carillas labiales.
- » Reconstrucción de núcleo y perno y núcleo moldeados.
- » Pulpotomía terapéutica.
- » Apexificación/recalcificación.
- » Regeneración pulpar.
- » Tratamiento de conductos y otros servicios de endodoncia, excepto lo mencionado en este documento.
- » Cirugía periodontal, lo que incluye gingivectomía, gingivoplastia y cirugía ósea.
- » Raspaje y alisado radicular.
- » Instalación inicial o reemplazo de las prótesis.
- » Incorporación de dientes a una prótesis parcial.
- » Ajustes y reparaciones de prótesis.
- » Rebase y revestimiento de prótesis.
- » Acondicionamiento de tejidos.
- » Modificación de servicios de prostodoncia extraíbles y otros servicios protésicos extraíbles.
- » Implantes que incluyen, entre otros, cirugía, colocaciones, mantenimiento y extracciones relacionados.
- » Reparación de implantes.
- » Prótesis parciales fijas.
- » Otros servicios de prótesis fijas.
- » Extracciones simples.
- » Extracciones quirúrgicas.
- » Cirugía bucal, salvo que se especifique en otra parte como gasto cubierto.
- » Anestesia general o sedación intravenosa.
- » Consultas.
- » Ajustes oclusales.
- » Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales.
- » Aparatos o tratamiento para el bruxismo (rechinar los dientes).
- » Accesorios de precisión asociados con las prótesis fijas y extraíbles.
- » Reemplazo de un aparato, restauración moldeada o prótesis perdidas o robadas.
- » Servicios o aparatos de ortodoncia.
- » Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.
- » Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular e imágenes de haz cónico relacionadas con el tratamiento de dicho trastorno.
- » Imágenes fotográficas intra y extrabucales.
- » Prótesis sobre implantes.
- » Restauraciones moldeadas con prótesis con implante.

* 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.

L5078712[exp0127][All States and][All Territories] © 20265 MetLife Services and Solutions, LLC