

Distrito Escolar Independiente de Manor Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Red: PDP Más

	Plan Alto: todos los empleados activos a tiempo completo (20 horas)	Plan Alto: todos los empleados activos a tiempo completo (20 horas)
	Dentro de la red ¹ % de la tarifa negociada ²	Fuera de la red ¹ 80% de la tarifa de R&C ^{**}
Tipo de cobertura		
Tipo A: Preventivo (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%	100%
Tipo B: Básico Restaurativo (empastes, extracciones)	80%	80%
Tipo C: Restaurativo Mayor (puentes, dentaduras postizas)	50%	50%
Tipo D: Ortodoncia	50%	50%
Deducible[†]		
Individual	\$50	\$50
Familia	\$150	\$150
Beneficio Máximo Anual		
Por cabeza	\$1,500	\$1,500
Ortodoncia Máxima de por vida		
Por cabeza	\$1,500	\$1,500

La elegibilidad de los niños para la cobertura dental es desde el nacimiento hasta los 26 años.

¹"Beneficios dentro de la red" se refiere a los beneficios proporcionados en virtud de este plan para los servicios dentales cubiertos que son proporcionados por un dentista participante. "Beneficios fuera de la red" se refiere a los beneficios proporcionados en virtud de este plan para servicios dentales cubiertos que no son proporcionados por un dentista participante.

²Los honorarios negociados se refieren a los honorarios que los dentistas de la red han acordado aceptar como pago total por ciertos servicios, sujetos a copagos, deducibles, costos compartidos y beneficios máximos. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios. Las tarifas negociadas no se aplican a los servicios no cubiertos en los estados que prohíben las limitaciones para los servicios no cubiertos por un plan. Los proveedores participantes en estos estados pueden cobrar sus tarifas no negociadas por servicios no cubiertos.

³Incluya si el plan tiene disposiciones de incentivos: Su plan incluye disposiciones de incentivos. Los deducibles, los máximos del plan y/o los porcentajes de coseguro pueden diferir según el miembro del plan.

^{**}La tarifa de R&C se refiere al cargo razonable y habitual (R&C), que se basa en el menor de (1) el cargo real del dentista, (2) el cargo habitual del dentista por los mismos servicios o servicios similares, o (3) el cargo de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica por los mismos servicios o servicios similares según lo determine MetLife.

[†]Se aplica solo a los servicios de tipo B y C.

Ortodoncia incluida en adultos. Disponible para hijos dependientes de hasta 19 años.

Distrito Escolar Independiente de Manor Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Lista de Servicios Principales Cubiertos y Limitaciones*

Las categorías de servicio y las limitaciones del plan que se muestran representan una descripción general de los beneficios de su plan. Este documento presenta la mayoría de los servicios dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del Plan.

Tipo de plan	Cuántos/con qué frecuencia
Tipo A — Preventivo	
Profilaxis (limpiezas)	Uno cada 6 meses
Exámenes Orales	Uno cada 6 meses
Aplicaciones tópicas de fluoruro	Un tratamiento con flúor por 12 meses para los hijos dependientes hasta que cumplan 13 años
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías de boca completa; una vez cada 60 meses Radiografías de mordidas; Un juego por 12 meses para adultos y niños
Tipo B — Restaurador Básico	
Rellenos	
Extracciones simples	
Reciente	
Cirugía Oral	
Coronas (restauraciones de yeso), reparación de dentaduras postizas y puentes/recementaciones	<ul style="list-style-type: none"> Reparaciones: una vez cada 12 meses Recementación - Una vez cada 12 meses
Anestesia general	Cuando sea necesario dentalmente en relación con cirugía oral, extracciones u otros servicios dentales cubiertos.
Mantenedores de espacio	Una vez por área dental, de por vida para los hijos dependientes hasta que cumplan 18 años
Selladores	Una vez cada 60 meses por cada 1º y 2º molar no restaurado y no cariado de un hijo dependiente hasta que cumpla 13 años
Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> Raspado periodontal y alisado radicular una vez por cuadrante, cada 24 meses Cirugía periodontal una vez por cuadrante, cada 36 meses El número total de tratamientos de mantenimiento periodontal y profilaxis se eliminan si la profilaxis no se combina con el mantenimiento periodontal no puede exceder de dos veces cada 6 meses
Tipo C: Restaurador Mayor	
Reparación / Recementación de Coronas, Dentaduras Postizas y Puentes	

Distrito Escolar Independiente de Manor Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> Colocación inicial para reemplazar uno o más dientes naturales, que se pierden mientras están cubiertos por el plan, se eliminan si no hay exclusión de dientes faltantes Reemplazo de dentaduras postizas y puentes; uno cada 10 años calendario hace 2 balas si es diferente para puentes/dentaduras postizas. Agregue un límite de adición si corresponde. Reemplazo de una dentadura postiza completa temporal existente si la dentadura postiza temporal no se puede reparar y la dentadura postiza permanente se instala dentro de los 12 meses posteriores a la instalación de la dentadura postiza temporal
Coronas, incrustaciones y onlays	Reemplazo una vez cada 10 años calendario
Implantes	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de implantes: Reemplazo de uno por posición de diente en 10 años calendario Reparación de implantes: Uno por diente en 24 meses Prótesis implantosoportada: una por diente en 10 años calendario
Endodoncia	Tratamiento de conducto radicular limitado a una vez por diente por 12 meses
Tipo D — Ortodoncia	
	<ul style="list-style-type: none"> Usted, su cónyuge y sus hijos, hasta los 19 años, están cubiertos mientras el seguro dental esté vigente Todos los procedimientos dentales realizados en relación con el tratamiento de ortodoncia se pagan como Ortodoncia Los pagos son repetitivos El 20% del máximo de por vida de la ortodoncia se considerará en la colocación inicial del aparato y se pagará según el nivel de coseguro del beneficio del plan para la ortodoncia, según se define en el resumen del plan Los beneficios de ortodoncia terminan con la cancelación de la cobertura

Las categorías de servicio y las limitaciones del plan que se muestran arriba representan una descripción general de los beneficios de su plan. Este documento presenta la mayoría de los servicios dentro de cada categoría, pero no hay una descripción completa del plan.

Distrito Escolar Independiente de Manor Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Exclusiones

Este plan no cubre los siguientes servicios, tratamientos y suministros:

- Servicios que no son Dentalmente Necesarios, aquellos que no cumplen con los estándares de atención generalmente aceptados para el tratamiento de la condición dental en particular, o que consideramos de naturaleza experimental;
- Servicios por los que no tendría que pagar en ausencia de seguro dental;
- Servicios o suministros recibidos por usted o su Dependiente antes de que comience el Seguro Dental para esa persona;
- Servicios que son principalmente cosméticos (para los residentes de Texas, consulte la sección de la página de aviso en el Certificado);
- Servicios que no son realizados ni prescritos por un dentista, excepto aquellos servicios de 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;
- Servicios o aparatos que restablezcan o alteren la oclusión o la dimensión vertical;
- Restauración de la estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión;
- Restauraciones o aparatos utilizados con el propósito de entablillar periodontalmente;
- Consejería o instrucción sobre higiene bucal, control de placa, nutrición y tabaco;
- Suministros o dispositivos personales, incluidos, entre otros: palillos de agua, cepillos de dientes o hilo dental;
- Decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental;
- Citas perdidas;
- Servicios:
 - Cubierto por cualquier ley de compensación para trabajadores o enfermedad ocupacional;
 - Cubierto por cualquier ley de responsabilidad del empleador;
 - Por los cuales el empleador de la persona que recibe dichos servicios no está obligado a pagar; o
 - Recibido en una instalación mantenida por el empleador, sindicato, asociación de beneficio mutuo u hospital de VA;
- Servicios cubiertos por otras coberturas proporcionadas por el Empleador;
- Restauraciones temporales o provisionales;
- Aparatos temporales o provisionales;
- Medicamentos recetados;
- Servicios para los que la documentación presentada indica un mal pronóstico;
- Los siguientes cuando el dentista los cobra por separado:
 - Cumplimentación del formulario de reclamación;
 - Control de infecciones como guantes, mascarillas y esterilización de suministros; o
 - Anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia como el óxido nitroso.
- Servicios dentales que surjan de lesiones accidentales en los dientes y estructuras de soporte, excepto las lesiones en los dientes debidas a masticar o morder alimentos;
- Pruebas de susceptibilidad a la caries;
- Instalación inicial de una dentadura postiza fija y permanente para reemplazar uno o más dientes naturales que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el seguro dental, excepto los dientes naturales faltantes congénitos;
- prótesis de implantes;
- Instalación inicial de una dentadura postiza completa o removible para reemplazar uno o más dientes naturales que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el seguro dental, excepto por los dientes naturales faltantes congénitos;
- Ajuste de una dentadura postiza realizado dentro de los 6 meses posteriores a la instalación por el mismo dentista que la instaló;
-
- Aparatos fijos y removibles para la corrección de hábitos nocivos;
- Aparatos o tratamientos para el bruxismo (rechinar los dientes), incluidos, entre otros, protectores oclusales y protectores

Distrito Escolar Independiente de Manor Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

nocturnos;

- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).
- Duplicados de dispositivos o aparatos protésicos;
- Reemplazo de un electrodoméstico perdido o robado, restauración de yeso o dentadura postiza; y
- Imágenes fotográficas intra y extraorales

Limitaciones

Beneficios alternativos: Cuando existen dos o más tratamientos dentales profesionalmente aceptables para una afección dental, el reembolso se basa en la alternativa de tratamiento menos costosa. Si usted y su dentista han acordado un tratamiento que es más costoso que el tratamiento en el que se basa el beneficio del plan, usted será responsable de cualquier responsabilidad de pago adicional. Para evitar malentendidos, le sugerimos que analice las opciones de tratamiento con su dentista antes de que se presten los servicios y obtenga una estimación de los beneficios antes del tratamiento antes de recibir ciertos servicios de alto costo, como coronas, puentes o dentaduras postizas. Usted y su dentista recibirán una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que describe los servicios prestados, el reembolso de su plan por esos servicios y sus gastos de bolsillo. Los pagos reales pueden variar de la estimación previa al tratamiento dependiendo de los máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables en el momento del pago.

Cancelación/Terminación de Beneficios: La cobertura se proporciona bajo una póliza de seguro grupal (Formulario de póliza GPNP99) emitida por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). La cobertura termina cuando cesa su participación, cuando cesan sus contribuciones dentales o cuando el Titular de la póliza o MetLife terminan la póliza grupal. La póliza de grupo termina por falta de pago de la prima y puede terminar si no se cumplen los requisitos de participación o si el Asegurado no cumple con alguna de las obligaciones derivadas de la póliza. Los siguientes servicios que estén en curso mientras la cobertura esté en vigor se pagarán después de que finalice la cobertura, si la cuota aplicable o el tratamiento se finaliza dentro de los 31 días posteriores a la terminación individual de la cobertura: Finalización de un dispositivo protésico, corona o terapia de conducto radicular

Los planes dentales grupales que cuentan con el Programa de Dentistas Preferidos son proporcionados por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY 10166.

Al igual que la mayoría de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios ofrecidos por MetLife y sus afiliados contienen ciertas exclusiones, excepciones, períodos de espera, reducciones, limitaciones y términos para mantenerlos vigentes. Usted puede ser financieramente responsable de los copagos, deducibles o cualquier otro monto que exceda los que MetLife debe pagar por los servicios cubiertos, tal como se describe en su certificado dental y/o póliza. Pregúntele a su representante de MetLife por los costos y los detalles completos.

Distrito Escolar Independiente de Manor Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Preguntas y respuestas

Q. ¿Quién es un dentista participante?

Un. Un dentista participante es un dentista general o especialista que ha acordado aceptar los honorarios negociados como pago total por los servicios cubiertos prestados a los miembros del plan. Las tarifas negociadas suelen oscilar entre un 30% y un 45% por debajo de las tarifas promedio que se cobran en la comunidad de dentistas por los mismos servicios o servicios sustancialmente similares.†

Q. ¿Cómo puedo encontrar un dentista participante?

Un. Hay miles de dentistas generales y especialistas para elegir en todo el país, por lo que seguramente encontrará uno que satisfaga sus necesidades. Puede recibir una lista de estos dentistas participantes en línea en: www.metlife.com/dental o llame al 1-800-GET-MET8 (1-800-438-6388) Para Pida que le envíen una lista por fax o por correo.

Q. ¿Qué servicios están cubiertos por este plan?

Un. Los documentos del plan establecen los servicios cubiertos por su plan. La Lista de Servicios Cubiertos Primarios y Limitaciones en este documento contiene un

Resumen de los servicios cubiertos. En caso de conflicto entre los documentos del Plan y este resumen, prevalecerán los términos de los documentos del Plan. Revise los beneficios del plan adjunto para obtener más información.

Q. ¿Puedo elegir un dentista no participante?

Un. Sí. Siempre es libre de seleccionar el dentista de su elección. Sin embargo, si elige un dentista no participante, sus gastos de bolsillo pueden ser más altos.

Q. ¿Puede mi dentista solicitar la participación en la red?

Un. Sí. Si su dentista actual no participa en la red y le gustaría animarlo a presentar su solicitud, pídale a su dentista que lo visite www.metdental.com o llame al 1-866-PDP-NTWK para obtener una solicitud.†† El sitio web y el número de teléfono son para uso exclusivo de profesionales dentales.

Q. ¿Cómo se procesan las reclamaciones?

Un. Los dentistas pueden presentar sus reclamos por usted, lo que significa que tiene poca o ninguna documentación. Puede realizar un seguimiento de sus reclamaciones en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando se haya procesado una reclamación. Si necesita un formulario de reclamo, visite www.metlife.com/dental o solicite uno llamando al 1-800-GET-MET8 (1-800-438-6388).

Q. ¿Puedo obtener una estimación de cuáles serán mis gastos de bolsillo antes de recibir un servicio?

Un. Sí. Puede solicitar un presupuesto previo al tratamiento. Su dentista general o especialista generalmente envía a MetLife un plan para su atención y solicita una estimación de los beneficios. El presupuesto le ayuda a prepararse para el costo de los servicios dentales. Le recomendamos que solicite un presupuesto previo al tratamiento para los servicios que superen los siguientes valores: \$300. Simplemente pídale a su dentista que envíe una solicitud en línea en www.metdental.com o llame al 1-877-MET-DDS9. Usted y su dentista recibirán una estimación de beneficios para la mayoría de los procedimientos mientras aún están en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos del plan, los deducibles, los límites de frecuencia y otras condiciones en el momento del pago.

Q. ¿Puede MetLife ayudarme a encontrar un dentista fuera de los EE. UU. si estoy de viaje?

Un. Sí. A través de los servicios de asistencia dental en viaje internacional* puede obtener una referencia a un dentista local llamando al +1-312-356-5970 (por cobrar) cuando esté fuera de los EE. UU. para recibir atención inmediata hasta que pueda ver a su dentista. La cobertura se considerará bajo sus beneficios fuera de la red.** Recuerde conservar todos los recibos para presentar un reclamo dental.

Q. ¿Cómo coordina MetLife los beneficios con otros planes de seguro?

Un. La coordinación de las disposiciones 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 que los planes pagarán los beneficios. Si el plan de beneficios dentales de MetLife es el principal, MetLife pagará el monto total de los beneficios que normalmente estarían disponibles bajo el plan, sujeto a la ley aplicable. Si el plan de beneficios dentales de MetLife es secundario, la mayoría de las disposiciones de coordinación de beneficios requieren que MetLife determine los beneficios después de que se hayan determinado los beneficios según el plan principal. El monto de los beneficios pagaderos por MetLife puede reducirse debido a los beneficios pagados bajo el plan principal, sujeto a la ley aplicable.

Distrito Escolar Independiente de Manor Seguro Dental

Cobertura que puede ayudar a que sea más fácil visitar a un dentista y puede ayudar a reducir sus costos dentales.

Q. ¿Necesito una tarjeta de identificación?

Un. No. No es necesario que presente una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Debe notificar a su dentista que está inscrito en el Programa de Dentistas Preferidos de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información sobre su cobertura a través de un sistema de respuesta de voz automatizado y gratuito.

†Las tarifas negociadas se refieren a las tarifas que los dentistas de la red han acordado aceptar como pago total por ciertos servicios, sujeto a copagos, deducibles, costos compartidos y beneficios máximos. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios. Las tarifas negociadas no se aplican a los servicios no cubiertos en los estados que prohíben las limitaciones para los servicios no cubiertos por un plan. Los proveedores participantes en estos estados pueden cobrar sus tarifas no negociadas por servicios no cubiertos.

Los ahorros de inscribirse en un plan de beneficios dentales [con el Programa de Dentistas Preferidos de MetLife] dependerán de varios factores, incluido el costo del plan, la frecuencia con la que los participantes visitan a un dentista y el costo de los servicios prestados.

††Debido a los requisitos contractuales, MetLife no puede solicitar ciertos proveedores.

*AXA Assistance USA, Inc. solo ofrece servicios de referencia dental. AXA Assistance no está afiliada a MetLife, y los servicios y beneficios que proporcionan son independientes y aparte del seguro proporcionado por MetLife. Los servicios de referencia no están disponibles en todas las ubicaciones. Exclusiones: El Programa de Asistencia en Viaje de AXA está disponible para los participantes en estado de viaje. Siempre que un viaje supere los 120 días, ya no se considera que el participante está en estado de viaje y, por lo tanto, ya no es elegible para los servicios. Además, AXA Assistance USA no evacuará ni repatriará a los participantes sin autorización médica; con lesiones leves, lesiones simples como esguinces, fracturas simples o enfermedad leve que pueden ser tratadas por médicos locales y que no impiden que el miembro continúe su viaje o regrese a casa; o con infecciones en tratamiento y aún no curadas. No se pagarán beneficios por ninguna pérdida o lesión que sea causada o resultado de: embarazo y parto, excepto por complicaciones del embarazo y trastornos mentales y nerviosos, a menos que esté hospitalizado. Los reembolsos por servicios no médicos, como gastos de hotel, restaurante, taxi o pérdida de equipaje durante el viaje, no están cubiertos. El beneficio máximo por persona para los costos asociados con las evacuaciones, repatriaciones o devolución de restos mortales es de US\$500.000. El tratamiento debe ser autorizado y organizado por el personal designado de AXA Assistance para ser elegible para los beneficios de este programa. Todos los servicios deben ser proporcionados y organizados por AXA Assistance USA, Inc. No se aceptarán reclamaciones de reembolso.

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

