

Winn Companies Dental Plan Summary

Metropolitan Life Insurance Company

Red: PDP Plus

Tipo de cobertura	OPCIÓN DEL PLAN 1 Basic Plan		OPCIÓN DEL PLAN 2 Enhanced Plan	
	Dentro de la red % del honorario negociado*	Fuera de la red % de la tarifa R&C**	Dentro de la red % del honorario negociado*	Fuera de la red % de la tarifa R&C**
Tipo A: Preventivo (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%	100%	100%	100%
Tipo B: Restauraciones básicas (empastes, extracciones)	80%	80%	80%	80%
Tipo C: Restauraciones mayores (puentes, dentaduras postizas)	0%	0%	50%	50%
Tipo D: Ortodoncia	No Cobertura	No Cobertura	50%	50%
Deducible†				
Individual	\$0	\$0	\$50	\$150
Familiar	\$0	\$0	\$50	\$150
Beneficio máximo anual (aplica a tipo A, B, y C)				
Por persona	\$500	\$500	\$1,500	\$1,500
Máximo de por vida por ortodoncia				
Por persona	No Cobertura	No Cobertura	\$2,000	\$2,000

La elegibilidad de los hijos para la cobertura dental abarca desde el nacimiento hasta los 26 años de edad.

Período de espera por inscripción tardía: hay un período de espera de un año para todos los servicios después de la fecha de solicitud.

* "Tarifas negociadas" se refiere a las tarifas que los dentistas participantes acordaron 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.

** "Tarifa R&C" se refiere al cargo razonable y habitual (Reasonable and Customary, R&C), que se basa en el valor que sea inferior entre (1) el cargo real del dentista, (2) el cargo habitual del dentista por el mismo servicio o por uno similar o (3) el cargo de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica por el mismo servicio o por uno similar, según lo que determine MetLife.

†Se aplica a los servicios de tipo A, B y C.

Lista de los servicios primarios cubiertos y limitaciones

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

Opción 1 del plan: **Basic Plan**

Opción 2 del plan: **Enhanced Plan**

Tipo A: Preventivo	Cantidad y frecuencia	Tipo A: Preventivo	Cantidad y frecuencia
Profilaxis (limpiezas) :	<ul style="list-style-type: none"> • Uno cada seis meses 	Profilaxis (limpiezas) :	<ul style="list-style-type: none"> • Uno cada seis meses
Exámenes orales	<ul style="list-style-type: none"> • Uno cada seis meses 	Exámenes orales	<ul style="list-style-type: none"> • Uno cada seis meses
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías de la boca completa: una cada 60 meses ▪ Radiografías de aleta mordida: una serie cada seis meses para adultos; una serie cada seis meses para niños menos de 19 años. 	Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiografías de la boca completa: una cada 60 meses ▪ Radiografías de aleta mordida: una serie cada seis meses para adultos; una serie cada seis meses para niños menos de 19 años.
Mantenedores de espacio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenedores de espacio para hijos dependientes hasta que cumplan 19 años de edad. Uno de por vida. 	Mantenedores de espacio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenedores de espacio para hijos dependientes hasta que cumplan 19 años de edad. Uno de por vida.
Selladores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una aplicación de material sellador cada 48 meses para el primer y segundo molar sin caries que no se hayan restaurado para los hijos dependientes hasta que cumplan 14 años de edad. 	Selladores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una aplicación de material sellador cada 36 meses para el primer y segundo molar sin caries que no se hayan restaurado para los hijos dependientes hasta que cumplan 14 años de edad.
Tipo B: Restauraciones básicas	Cantidad y frecuencia	Tipo B: Restauraciones básicas	Cantidad y frecuencia
Empastes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un reemplazo por superficie cada 12 meses. 	Empastes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un reemplazo por superficie cada 12 meses.
Reparación/nueva cementación de coronas, dentaduras postizas y puentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coronas prefabricadas: Uno por diente cada 24 meses. ▪ Nueva cementación: Uno cada 12 meses. ▪ Dentaduras postizas – Rebase/Reline: Uno cada 36 meses. 	Reparación/nueva cementación de coronas, dentaduras postizas y puentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coronas prefabricadas: Uno por diente cada 24 meses. ▪ Nueva cementación: Uno cada 12 meses. ▪ Dentaduras postizas – Rebase/Reline: Uno cada 36 meses.
Endodoncia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento del canal radicular limitado a uno por diente de por vida. 	Endodoncia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento del canal radicular limitado a uno por diente de por vida.
Anestesia general	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando sea odontológicamente necesario con relación a una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos 	Anestesia general	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando sea odontológicamente necesario con relación a una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos
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 ▪ La cantidad total de tratamientos de mantenimiento periodontológico y profiláctico no puede pasar de cuatro por año calendario. 	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 ▪ La cantidad total de tratamientos de mantenimiento periodontológico y profiláctico no puede pasar de cuatro por año calendario.

Tipo C: Restauraciones mayores	Cantidad y frecuencia	Tipo C: Restauraciones mayores	Cantidad y frecuencia
Implantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No Cobertura 	Implantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uno cada 60 meses.
Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No Cobertura 	Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocación inicial para sustituir uno o más dientes naturales que se hayan perdido durante el periodo de cobertura del plan. ▪ Sustitución de dentaduras postizas y puentes: una cada 60 meses. ▪ Sustitución de una dentadura postiza completa temporal existente si la dentadura temporal no puede repararse y la dentadura permanente se coloca en un plazo de 12 meses después de haberse colocado la dentadura temporal
Coronas, incrustaciones y recubrimientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No Cobertura 	Coronas, incrustaciones y recubrimientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reemplazo: una vez cada 60 meses.
Tipo D: Ortodoncia	Cantidad y frecuencia	Tipo D: Ortodoncia	Cantidad y frecuencia
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No Cobertura 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus hijos, hasta los 19 años de edad, están cubiertos mientras el seguro dental está vigente. ▪ Todos los procedimientos dentales que se realicen en relación con un tratamiento de ortodoncia se reembolsarán como ortodoncia ▪ Los pagos se realizarán de forma repetitiva ▪ En la colocación inicial del aparato se considerará un 20 % del Máximo de por vida por ortodoncia y se pagará en función del nivel de coseguro de beneficios del plan para la ortodoncia según se define en el resumen del plan ▪ Los beneficios de ortodoncia acaban cuando se cancela la cobertura

Preguntas frecuentes

¿Quién es un dentista participante?

Un dentista participante es un dentista general o especialista que ha acordado aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios cubiertos prestados a los miembros del plan. Las tarifas negociadas, normalmente, oscilan entre un 30 y un 45 % por debajo de las tarifas promedio que cobra la comunidad de dentistas por el mismo servicio o por uno considerablemente similar.†

¿Cómo encuentro a un dentista participante?

Existen miles de dentistas generales y especialistas en todo el país, de modo que, seguramente, podrá encontrar uno que cubra sus necesidades. Puede obtener una lista de estos dentistas participantes en línea en www.metlife.com/mybenefits, o llame al 1-800-942-0854 para que le envíen una lista por fax o por correo.

¿Qué servicios cubre este plan?

El certificado de seguro establece los servicios cubiertos del plan. Consulte la lista de beneficios del plan que se adjunta para obtener más información.

¿Puedo elegir a un dentista no participante?

Sí. Siempre tiene la libertad de seleccionar al dentista que desee. No obstante, si elige a un dentista no participante, su desembolso directo será más alto.

¿Mi dentista puede solicitar inscribirse en la red?

Sí. Si el dentista que lo atiende actualmente no es miembro de la red, y usted quiere alentarlos para que se inscriba, pídale que visite www.metdental.com o que llame al 1-866-PDP-NTWK para presentar la solicitud^{††}. El sitio web y el número de teléfono son únicamente para uso de dentistas profesionales.

¿Cómo se procesan los reclamos?

Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, es decir que usted, prácticamente, no tendrá que hacer trámites. Puede rastrear sus reclamos en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando se haya procesado uno. Si necesita un formulario de reclamo, visite www.metlife.com/mybenefits o solicite uno llamando al 1-800-942-0854.

¿Puedo obtener un estimado de lo que serán mis gastos de desembolso directo antes de recibir un servicio?

Sí. Puede solicitar un cálculo estimativo antes del tratamiento. Generalmente, el dentista general o especialista le envían a MetLife un plan para su cuidado y solicitan un cálculo estimativo de los beneficios. El cálculo le ayuda a prepararse para afrontar el costo de los servicios dentales. Le recomendamos que pida una estimación previa al tratamiento para cualquier servicio que supere los \$300. Tan solo pida a su dentista que envíe una solicitud en línea en www.metdental.com o que llame al 1-877-MET-DDS9. Usted y su dentista recibirán un cálculo de los beneficios para la mayoría de los procedimientos mientras todavía se encuentre en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos, los deducibles, las frecuencias máximas del plan y otras condiciones vigentes al momento del pago.

¿MetLife me puede ayudar a buscar un dentista fuera de los EE. UU. si estoy de viaje?

Sí. A través de los servicios de asistencia dental para viajes internacionales*, puede obtener una derivación a un dentista local llamando al +1-312-356-5970 (por cobrar) cuando esté fuera de los EE. UU. para recibir asistencia inmediata hasta que pueda consultar a su dentista. La cobertura se considerará según los beneficios fuera de la red^{††}. Recuerde conservar todos los recibos para enviar un reclamo dental.

¿Cómo coordina MetLife los beneficios con otros planes de seguro? Las disposiciones de coordinación de beneficios en los planes de beneficios dentales consisten en un conjunto de reglas que se aplican cuando un paciente está cubierto por más de un plan de beneficios dentales. Estas reglas determinan el orden en el que los diferentes planes pagarán los beneficios. Si el plan de beneficios dentales de MetLife es el primario, MetLife pagará el importe total de los beneficios que, normalmente, estarían disponibles con 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 estipulan que MetLife debe determinar los beneficios una vez que el plan primario los haya determinado. Es posible que el importe que deba pagar MetLife en concepto de beneficios sea menor debido al pago de beneficios del plan primario, sujeto a la ley aplicable.

¿Necesito una tarjeta de identificación?

No. Usted no necesita presentar una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Debe informar a su dentista que está inscrito en el Programa Dentista Preferido de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información acerca de su cobertura a través de un sistema gratuito de respuesta automática de voz computerizada.

† Basado en el análisis interno de MetLife. Tarifas negociadas se refiere a las tarifas que los dentistas dentro de la red han acordado 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.

†† Debido a los requisitos del contrato, MetLife no puede solicitar a algunos proveedores.

* AXA Assistance USA, Inc. presta, únicamente, servicios de derivación dental. AXA Assistance no está asociado a MetLife, y los servicios y los beneficios que proporciona son separados e independientes del seguro proporcionado por MetLife. Los servicios de remisión no se encuentran disponibles en todas las ubicaciones.

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

Exclusiones

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

- Servicios que no son odontológicamente necesarios, aquellos que no aceptan estándares de atención generalmente aceptados para el tratamiento de la afección dental particular, o que consideramos experimentales.
- Servicios que usted no estaría obligado a pagar si no tuviera el seguro dental.
- Servicios o suministros recibidos por usted o su Dependiente antes de comenzar con el seguro dental para esa persona.
- Servicios que son principalmente para fines estéticos (para los residentes de Texas, consulte la sección de la página de avisos en Certificado).
- Servicios que no son realizados ni son suscritos por un dentista a excepción de aquellos servicios de un higienista dental con licencia que son supervisados y facturados por un dentista y que son para:
 - Eliminación del sarro y pulido de dientes.
 - O tratamientos de fluoruro.
- Servicios o aparatos que restauran o alteran la oclusión o la dimensión vertical.
- Restauraciones de la estructura del diente dañada por desgaste, abrasión o erosión.
- Restauraciones o aparatos utilizados para fines de ferulización periodontal.
- Asesoramiento o recomendaciones sobre higiene oral, control de placa, nutrición y tabaco.
- Dispositivos o suministros personales que incluyen, entre otros: irrigadores dentales, cepillos de diente o hilo dental.
- Decoración, personalización o grabado de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
- Cita a la que no asistió.
- Servicios:
 - Cubiertos según cualquier ley de compensación al trabajador o ley de enfermedad ocupacional.
 - Cubiertos según cualquier ley de responsabilidad del empleador.
 - Para los que el empleador de la persona que recibe estos servicios no está obligado a pagar.
 - Recibidos en un centro mantenido por el empleador, el sindicato, la asociación de beneficios mutuos o el hospital de veteranos.
- Servicios cubiertos según alguna otra cobertura proporcionada por el empleador.
- Restauraciones temporales o provisionales.
- Aparatos temporales o provisionales.
- Medicamentos recetados.
- Servicios para los que la documentación presentada indica un mal pronóstico.

- Lo siguiente cuando lo cobra el dentista por separado:
 - Llenado del formulario de reclamación.
 - Control de infecciones como guantes, máscaras y esterilización de los suministros.
 - O anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia, como óxido de dinitrógeno.
- Servicios dentales que surgen debido a lesiones accidentales en los dientes y las estructuras de soporte, a excepción de lesiones en los dientes por masticar o morder alimentos.
- Pruebas de riesgo de caries.
- Otros servicios protésicos de dentadura postiza fija no descritos en otra sección del certificado.
- Accesorios de precisión, excepto cuando el accesorio de precisión está relacionado con prótesis de implantes.
- Ajuste de una dentadura postiza en el término de 6 meses después de la instalación por el mismo dentista que la instaló.
- Aparatos fijos y removibles para la corrección de hábitos perjudiciales.
- Aparatos o tratamientos para el bruxismo (frotamiento de los dientes), incluidas, entre otras, placas oclusivas y placas nocturnas.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos articulares temporomandibulares (TMJ). Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota. ;
- Reparación o sustitución de un dispositivo de ortodoncia.
- Duplicado de aparatos o dispositivos de ortodoncia.
- Sustitución de aparato perdido o robado, restauraciones fundidas o dentadura. E
- Imágenes fotográficas intrabucales o extrabucales.

Limitaciones

Beneficios alternativos: ante un problema dental para el que existan dos o más tratamientos profesionalmente aceptables, el reembolso se calculará de acuerdo con la alternativa de tratamiento menos costosa. Si usted y su dentista acuerdan realizar un tratamiento más costoso que aquel en el que se basa su plan de beneficios, los pagos adicionales correrán por su cuenta. Para evitar malentendidos, le sugerimos analizar las opciones de tratamiento con su dentista antes de la prestación del servicio y obtener una estimación de los beneficios previa al tratamiento, antes de recibir ciertos servicios de alto costo, como coronas, puentes o prótesis. Usted y su dentista recibirán una Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB) en la que se indicarán los servicios brindados, el reembolso de su plan por esos servicios y sus gastos de desembolso directo. Los esquemas de costos de los procedimientos están sujetos a modificación cada año del plan. Puede obtener un esquema actualizado de los costos de los procedimientos para su área por fax llamando al 1-800-942-0854 y utilizando el Servicio de Información Dental Automática de MetLife. Los pagos reales pueden variar con respecto a la estimación previa al tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables al momento del pago.

Cancelación/finalización de los beneficios: La cobertura se brinda conforme a una póliza de seguro grupal (formulario de póliza G.2130-S) emitida por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). La cobertura finaliza cuando cesa su membresía, cuando cesan sus contribuciones dentales o cuando el titular de la póliza o MetLife anulan la póliza colectiva. La póliza grupal finaliza por la falta de pago de la prima y puede finalizar si no se cumplen los requisitos de participación o si el titular de la póliza no cumple con alguna de las obligaciones estipuladas en la póliza. Los siguientes servicios que estén en curso mientras la cobertura tenga vigencia se pagarán luego de la finalización de la cobertura si la cuota correspondiente o el tratamiento se terminan dentro de los 31 días posteriores a la finalización individual de la cobertura: finalización de un dispositivo protésico, una corona o un tratamiento de conducto.

Este plan de beneficios dentales se ofrece a través de un acuerdo autofinanciado. MetLife administra este plan de beneficios dentales, pero no brinda seguro para financiar los beneficios.

Como la mayoría de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios ofrecidos por MetLife y sus filiales contienen determinadas exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, períodos de espera y plazos para que se mantengan vigentes. Para obtener más información acerca de la cobertura y la disponibilidad, consulte el certificado de seguro o comuníquese con MetLife.



Metropolitan Life Insurance Company | 200 Park Avenue | New York, NY 10166
L0419514052[exp0520][xNM] © 2019 MetLife Services and Solutions, LLC
DN-ANY-PPO-DUAL-SPA