

Dental Insurance

GANAR ADMINISTRACION LLC

La Red: PDP Plus

	Opción de plan 1 PLAN BAJO		Opción de plan 2 PLAN ALTO	
	% de la tarifa negociada dentro de la red*	% de la cantidad de la lista** fuera de la red% de la tarifa R&C***	% de la tarifa negociada dentro de la red*	% de la cantidad de la lista** fuera de la red% de la tarifa R&C***
Tipo de cobertura				
Tipo A: prevención (limpiezas, exámenes, radiografías)	100 %Consulte la lista	100 %	100 %Consulte la lista	100 %
Tipo B: restauración básica (empastes, extracciones)	80 %Consulte la lista	80 %	80 %Consulte la lista	80 %
Tipo C: restauración mayor (puentes, prótesis)	No aplica	No aplica	50 %Consulte la lista	50 %
Tipo D: Ortodoncia	No aplica	No aplica	50%	50 %

Deducible†				
Individual	No aplica	No aplica	\$50	\$50
Familiar	No aplica	No aplica	\$150	\$150
Beneficio anual máximo				
Por persona	\$500	\$500	\$1,500	\$1,500
Cantidad máxima de por vida para ortodoncia				
Por persona	No aplica	No aplica	\$2,000	\$2,000

Los hijos son elegibles para recibir cobertura dental desde el nacimiento hasta los 26 años

*"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.

**El reembolso por servicios fuera de la red se basa en el valor inferior entre la tarifa real del dentista y el cargo máximo permitido (Maximum Allowable Charge, MAC). El cargo máximo permitido fuera de la red es una cantidad programada establecida por MetLife.

***La "Tarifa R&C" se refiere al cargo habitual y razonable (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 únicamente a los servicios de tipo B y C.(Plan Alto solamente)

Lista de servicios primarios cubiertos y limitaciones

Las categorías de servicios 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 de cada categoría, pero no es una descripción completa del plan.

Tipo de plan	Opción 1 del plan: Nombre/descripción del plan Plan Bajo Cantidad/Frecuencia	Opción 2 del plan: Nombre/descripción del plan Plan Alto Cantidad/Frecuencia
Tipo A: preventivo		
Profilaxis (limpiezas)	Una vez cada 6 meses	Una vez cada 6 meses
Exámenes bucales	Una vez cada 6 meses	Una vez cada 6 meses



Seguro dental

Aplicaciones tópicas de flúor	Un tratamiento con flúor cada 6 meses para los hijos dependientes hasta que cumpla 19 años.	Un tratamiento con flúor cada 6 meses para los hijos dependientes hasta que cumpla 19 años.
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías de boca completa: una cada 60 meses. • Radiografías de aleta de mordida: un juego por año calendario para adultos; dos juegos por año calendario para niños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías de boca completa: una cada 60 meses. • Radiografías de aleta de mordida: un juego por año calendario para adultos; dos juegos por año calendario para niños.
Mantenedores de espacio	Mantenedores de espacio para hijos dependientes hasta que cumplan 19 años.	Mantenedores de espacio para hijos dependientes hasta que cumplan 19 años.
Selladores	Una aplicación de material sellador cada 48 meses por cada 1er y 2do molar no restaurado ni deteriorado de un hijo dependiente hasta que cumpla 14 años.	Una aplicación de material sellador cada 48 meses por cada 1er y 2do molar no restaurado ni deteriorado de un hijo dependiente hasta que cumpla 14 años.
Tipo B: restauración básica		
Empastes	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Extracciones simples		
Reparación/recementación de coronas, prótesis y puentes	Reparaciones Una vez cada 12 meses Recementaciones Una vez cada 12 meses	Reparaciones Una vez cada 12 meses Recementaciones Una vez cada 12 meses
Cirugía bucal		
Endodoncia	Tratamiento de conducto: una vez por diente de por vida	Tratamiento de conducto: una vez por diente de por vida
Anestesia general	Cuando sea necesario desde el punto de vista odontológico en relación con una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos.	Cuando sea necesario desde el punto de vista odontológico en relación con 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. • El número total de tratamientos de mantenimiento periodontal y profilaxis no puede exceder una vez cada 3 meses 	<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 no puede exceder una vez cada 3 meses
Tipo C: restauración mayor		
Implantes	No aplica	Una vez en 60 meses

Seguro dental

Puentes y prótesis	NO APLICA	<ul style="list-style-type: none"> Colocación inicial para reemplazar una o más piezas dentales naturales que se hayan perdido durante el periodo de cobertura del plan. Reemplazo de prótesis y de puentes: uno cada 60 meses. Reemplazo de una prótesis completa temporal si no se la puede reparar y la prótesis permanente se coloca en un plazo de 12 meses después de la colocación de la prótesis temporal.
Coronas, incrustaciones e incrustaciones externas	NO APLICA	Reemplazo una vez cada 60 meses
Tipo D: ortodoncia		
	NO APLICA	<ul style="list-style-type: none"> Sus hijos, hasta los 19 años, tienen cobertura mientras el seguro dental esté vigente. Todos los procedimientos dentales que se hagan en relación con el tratamiento de ortodoncia se cobran en concepto de ortodoncia. Los pagos se hacen de manera periódica. En la colocación inicial del aparato, se considerará el 20 % del máximo de por vida para ortodoncia y se pagará según el nivel de coseguro de beneficios del plan para ortodoncia, como se define en el resumen del plan. Los beneficios de ortodoncia finalizan en el momento de la cancelación de la cobertura.

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

Exclusiones

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

- servicios que no sean necesarios desde el punto de vista odontológico, que no sigan las normas de atención generalmente aceptadas para tratar una condición dental determinada o que consideremos de naturaleza experimental;
- servicios por los que no se le habría cobrado si no hubiese tenido seguro dental;
- servicios o suministros que usted o su dependiente hayan recibido antes de la entrada en vigencia de su seguro dental;
- Servicios que son principalmente cosméticos
- servicios que no los preste ni recete un dentista, salvo aquellos que preste un higienista dental con licencia que supervise y facture un dentista y que sean para:
 - raspado y pulido de dientes;
 - tratamientos con flúor.
- servicios o aparatos que restauren o modifiquen la oclusión o la dimensión vertical;

Seguro dental

- restauración de una estructura dentaria dañada por desgaste, abrasión o erosión;
- restauraciones o aparatos utilizados como soportes periodontales;
- orientación o instrucciones sobre higiene bucal, control de la placa, nutrición y tabaco;
- suministros o artículos personales, como irrigadores bucales, cepillos de dientes o hilo dental, entre otros;
- decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental;
- consultas a las que no haya asistido;
- servicios:
 - que estén cubiertos por alguna ley de indemnización por accidentes de trabajo o por una ley de enfermedades de trabajo;
 - que estén cubiertos por alguna ley de responsabilidad del empleador;
 - por los que no se exige pago alguno al empleador del beneficiario;
 - recibidos en un establecimiento médico mantenido por el empleador, el sindicato de trabajadores, la asociación de beneficios mutuos o el hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).
- servicios cubiertos por otra cobertura ofrecida por el empleador;
- restauraciones temporarias o provisionales;
- aparatos temporarios o provisionales;
- medicamentos recetados;
- servicios para los que la documentación presentada indique un pronóstico poco favorable;
- los siguiente, cuando el dentista lo cobre por separado:
 - completar el formulario de reclamo;
 - artículos para el control de infecciones, tales como guantes, máscaras y esterilización de los suministros;
 - anestesia local, analgesia o sedación consciente no intravenosa (p. ej., óxido nitroso).
- servicios dentales derivados de una lesión accidental en los dientes y en las estructuras de soporte, excepto las lesiones a los dientes ocasionadas por masticar o por morder alimentos;
- la colocación inicial de una prótesis fija y permanente para sustituir uno o más dientes que se hayan perdido antes de que la persona estuviera cubierta por el seguro dental, salvo los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- otros servicios de prótesis fijas que no se hayan descrito en ninguna parte del certificado;
- accesorios de precisión, salvo los casos en que el accesorio esté relacionado con prótesis de implantes;
- la colocación inicial de una prótesis completa o extraíble para sustituir uno o más dientes que se hayan perdido antes de que la persona estuviera cubierta por el seguro dental, salvo los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- la incorporación de dientes a una prótesis parcial extraíble para sustituir uno o más dientes que se hayan perdido antes de que la persona estuviera cubierta por el seguro dental, salvo los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- el ajuste de una prótesis que se haga en el plazo de 6 meses después de la colocación por el mismo dentista que la haya colocado;
- implantes, incluyendo cirugía, colocaciones, restauraciones, mantenimiento y extracciones relacionados, entre otros; (Solo Plan Bajo)
- Implantes apoyados por prótesis para reemplazar uno o más dientes naturales que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por el seguro dental, excepto los dientes naturales congénitos ausentes (solo plan alto) paración de implantes; (Solo Plan Alto)
- aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales;
- aparatos o tratamientos para el bruxismo (rechinar los dientes), como protectores oclusales y protectores nocturnos;
- diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Ortodoncia (Solo Plan Bajo)
- dispositivos protésicos o aparatos duplicados;
- reemplazo de un aparato, restauración moldeada o prótesis perdidos o robados; e

Seguro dental

Limitaciones

Beneficios alternativos: Ante una condición dental para la que existan dos o más tratamientos profesionalmente aceptables, el reembolso se calculará según la alternativa de tratamiento menos costosa. Si usted y su dentista acordaron un tratamiento más costoso que el tratamiento en el que se basa su plan de beneficios, usted será responsable de cualquier pago extra. Para evitar malentendidos, le sugerimos analizar las opciones de tratamiento con su dentista antes de la prestación del servicio y obtener un cálculo de los beneficios previo al tratamiento, antes de recibir ciertos servicios de alto costo, como coronas, puentes o prótesis dentales. Usted y su dentista recibirán una Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB) en la que se indicarán los servicios prestados, cuánto reembolsa su plan por esos servicios y la cantidad que deberá pagar de su bolsillo. 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 mediante 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 ofrece conforme a una póliza de seguro colectiva (formulario de póliza GPNP99 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 colectiva 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 alguna de las obligaciones estipuladas según la póliza. Los siguientes servicios que estén en curso mientras la cobertura tenga vigencia se pagarán después de la finalización de la cobertura si la cuota correspondiente o el tratamiento se terminan en el plazo de 31 días después de la finalización individual de la cobertura: finalización de un dispositivo protésico, una corona o un tratamiento de endodoncia.

Como la mayoría de los programas de beneficios colectivos, 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 la información completa de cobertura y disponibilidad, consulte el certificado de seguro o llame a MetLife.

Preguntas y respuestas

P: ¿Qué es un dentista participante?

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

P: ¿Cómo encuentro un dentista participante?

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

P: ¿Qué servicios cubre este plan?

R: El certificado de seguro/la descripción resumida del plan establece los servicios cubiertos según el plan. Revise la lista de beneficios del plan adjunta para obtener más información.

P: ¿Puedo elegir un dentista no participante?

R: Sí. Siempre tiene la libertad de elegir el dentista que prefiera. No obstante, si elige a un dentista no participante, su desembolso directo será superior.

P: ¿Puede solicitar mi dentista inscribirse en la red?

R: Sí. Si el dentista que lo atiende actualmente no es miembro de la red, y usted quiere animarlo 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.

Seguro dental

P: ¿Cómo se procesan los reclamos?

R: Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, es decir, 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 pida uno llamando al 1-800-942-0854 .

P: ¿Puedo obtener un cálculo de mis gastos de bolsillo antes de que recibir un servicio?

R: Sí. Puede solicitar un cálculo estimativo antes del tratamiento. Generalmente, el dentista general o especialista le envía a MetLife un plan para su atención y solicita un cálculo estimativo de los beneficios. El cálculo le ayuda a prepararse para afrontar el costo de los servicios dentales. Le recomendamos que pida que le hagan un cálculo antes del 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 esté 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.

P: ¿Puede ayudarme MetLife a buscar un dentista fuera de EE. UU. si estoy de viaje?

R: Sí. Mediante los servicios de ayuda dental para viajes internacionales*, puede obtener una remisión 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 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.

R: ¿Cómo coordina MetLife los beneficios con otros planes de seguro?

R: 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 la cantidad 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 inferior por el pago de beneficios del plan primario, sujeto a la ley aplicable.

P: ¿Necesito una tarjeta de identificación?

R: No, 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 sobre su cobertura mediante un sistema de respuesta automática de voz computarizado gratis.



Seguro dental

[†] Basado en el análisis interno de MetLife. Las tarifas negociadas se refieren 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 incluir a algunos proveedores.

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

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

Como la mayoría de los programas de beneficios colectivos, 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 sobre la cobertura y la disponibilidad, consulte el formulario de póliza colectiva GPNP99 o comuníquese con MetLife.