

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental

259696 Green Dot Public Schools

Red: PDP Plus

	Opción 1 del plan AAFTEE en Plan Alto (30 Horas)		Opción 2 del plan AAFTEE en Plan Bajo (30 Horas)	
	Dentro de la red ¹ % de la tarifa negociada ²	Fuera de la red ¹ % de costo máximo permitido	Dentro de la red ¹ % de la tarifa negociada ²	Fuera de la red ¹ % de costo máximo permitido
Tipo de cobertura				
Tipo A: servicios preventivos (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%Consulte la lista	100 %	100 %Consulte la lista	80 %
Tipo B: servicios de restauración básica (empastes, extracciones)	80 %Consulte la lista	80 %	80 %Consulte la lista	50 %
Tipo C: servicios de restauración mayor (puentes, dentaduras postizas)	50 %Consulte la lista	50 %	50 %Consulte la lista	50 %
Tipo D: ortodoncia	60 %	60 %	60 %	60 %
Deducible[†]				
Individual	\$25	\$50	\$50	\$75
Familiar	\$75	\$150	\$150	\$225
Beneficio anual máximo Benefit³				
	\$1,500	\$1,500	\$1,500	\$1,000
Cantidad máxima para ortodoncia en toda la vida				
Por persona ^{***}	\$2,500	\$2,500	\$1,000	\$1,000

¹ "Beneficios dentro de la red" son los beneficios del plan para los servicios dentales cubiertos que preste un dentista participante. "Beneficios fuera de la red" son los beneficios de este plan para los servicios dentales cubiertos que no preste un dentista participante.

² "Tarifas negociadas" son las tarifas que los dentistas participantes 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 modificaciones.

*El reembolso por servicios fuera de la red corresponde a la cantidad menor entre la tarifa real del dentista y el costo máximo permitido (MAC). El costo máximo permitido fuera de la red es una cantidad definida determinada por MetLife.

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

*** Se incluye ortodoncia para adultos. Disponible para hijos dependientes hasta los 26 años.

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental

259696 Green Dot Public Schools

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: AAFTEE en plan alto Cantidad/frecuencia	Opción 2 del plan: AAFTEE en plan bajo Cantidad/frecuencia
Tipo A: preventivo		
Profilaxis (limpiezas)	Dos por año calendario.	Dos por año calendario.
Exámenes de la boca	Dos exámenes por año calendario.	Dos exámenes por año calendario.
Aplicaciones tópicas de fluoruro	Un tratamiento con flúor cada 12 meses para los hijos dependientes hasta que cumplan 19 años	Un tratamiento con flúor cada 12 meses para los hijos dependientes hasta que cumplan 19 años
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías de boca completa: una cada 36 meses Radiografías de mordida: dos series cada 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías de boca completa: una cada 36 meses Radiografías de mordida: dos series cada 12 meses
Selladores	Una aplicación de material sellador cada 24 meses por cada 1º y 2º molar no restaurado y no cariado de un hijo dependiente hasta que cumpla 16 años	Una aplicación de material sellador cada 24 meses por cada 1º y 2º molar no restaurado y no cariado de un hijo dependiente hasta que cumpla 16 años
Tipo B: restauración básica		
Empastes	Una vez cada 24 meses por superficie	Una vez cada 24 meses por superficie
Extracciones simples		
Reparación dentaduras postizas y puentes	Una vez cada 6 meses	Una vez cada 6 meses
Cirugía bucal		
Endodoncia	El tratamiento de conducto radicular se limita a una vez por diente de por vida	El tratamiento de conducto radicular se limita a una vez por diente de por vida
Anestesia general	Cuando sea odontológicamente necesaria para una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos	Cuando sea odontológicamente necesaria para 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 36 meses Cirugía periodontal: una vez por cuadrante cada 36 meses La cantidad total de tratamientos periodontales de mantenimiento y de profilaxis no puede superar los dos tratamientos por año calendario 	<ul style="list-style-type: none"> Raspado periodontal y alisado radicular: una vez por cuadrante cada 36 meses Cirugía periodontal: una vez por cuadrante cada 36 meses La cantidad total de tratamientos periodontales de mantenimiento y de profilaxis no puede superar los dos tratamientos por año calendario
Espaciadores	Mantenedores de espacio para hijos dependientes hasta que cumplan 17 años. Una vez por diente de por vida.	Mantenedores de espacio para hijos dependientes hasta que cumplan 17 años. Una vez por diente de por vida.

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental

259696 Green Dot Public Schools

Tipo C: restauración mayor

Reparación/recementación de coronas, dentaduras postizas y puentes	<ul style="list-style-type: none"> Recementaciones; una vez cada 12 meses Reparaciones de coronas; una vez cada 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Recementaciones; una vez cada 12 meses Reparaciones de coronas; una vez cada 12 meses
Implantes	Reemplazo: una vez cada 7 años calendario	Reemplazo: una vez cada 7 años calendario
Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> Colocación inicial para reemplazar uno o más dientes naturales que se hayan perdido durante el período de cobertura del plan Reemplazo de dentaduras postizas y de puentes: uno cada 7 años calendario Reemplazo de una dentadura postiza completa temporal si no se puede reparar y la dentadura permanente se coloca en un plazo de 12 meses después de la colocación de la dentadura postiza temporal. 	<ul style="list-style-type: none"> Colocación inicial para reemplazar uno o más dientes naturales que se hayan perdido durante el período de cobertura del plan Reemplazo de dentaduras postizas y de puentes: uno cada 7 años calendario Reemplazo de una dentadura postiza completa temporal si no se puede reparar y la dentadura permanente se coloca en un plazo de 12 meses después de la colocación de la dentadura postiza temporal.
Coronas, incrustaciones e incrustaciones externas	Reemplazo: una vez cada 7 años calendario	Reemplazo: una vez cada 7 años calendario

Tipo D: ortodoncia

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Usted, su cónyuge y sus hijos hasta los 26 años tienen cobertura mientras el seguro dental esté vigente. Todos los procedimientos dentales relacionados con el tratamiento de ortodoncia se pagan como ortodoncia. Los pagos se hacen de manera repetitiva. En la colocación inicial del aparato, se considerará el 20 % del máximo para ortodoncia en toda la vida 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 terminan en el momento de la cancelación de la cobertura. | <ul style="list-style-type: none"> Usted, su cónyuge y sus hijos hasta los 26 años tienen cobertura mientras el seguro dental esté vigente. Todos los procedimientos dentales relacionados con el tratamiento de ortodoncia se pagan como ortodoncia. Los pagos se hacen de manera repetitiva. En la colocación inicial del aparato, se considerará el 20 % del máximo para ortodoncia en toda la vida 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 terminan 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 de cada categoría, pero no es una descripción completa del plan.

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental

259696 Green Dot Public Schools

Exclusiones

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

- servicios que no sean necesarios odontológicamente, que no sigan las normas de atención generalmente aceptadas para tratar una condición dental determinada o que consideremos de naturaleza experimental;
- servicios que no le habrían cobrado si no hubiese tenido seguro dental;
- servicios o suministros que usted o su dependiente hayan recibido antes del inicio del seguro dental;
- servicios con fines principalmente estéticos (si es residente de Texas, vea la sección de avisos del Certificado);
- servicios que no preste ni ordene un dentista, salvo los prestados por un higienista dental autorizado y que un dentista supervise y facture y que sean para:
 - raspado y pulido de dientes; o
 - tratamientos con fluoruro;
- servicios o aparatos que restauren o modifiquen la oclusión o la dimensión vertical;
- restauración de una estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión;
- restauraciones o aparatos de soporte periodontal;
- 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 ido;
- Servicios:
 - que estén cubiertos por alguna ley de compensación de trabajadores o por una ley de enfermedades de trabajo;
 - que estén cubiertos por alguna ley de responsabilidad del empleador;
 - por los que no se exija el pago al empleador de la persona que recibe los servicios; o
 - que se reciban en un centro mantenido por el empleador, el sindicato de trabajadores, la asociación de beneficios mutuos o el hospital de VA;
- servicios cubiertos por otra cobertura que ofrezca el empleador;
- restauraciones temporales o provisionales;
- aparatos temporales o provisionales;
- medicamentos recetados;
- servicios para los que la documentación presentada indique un pronóstico poco favorable;
- estos servicios, cuando el dentista los cobre por separado:
 - llenado de formularios de reclamo;
 - artículos para el control de infecciones, como guantes, máscaras y esterilización de los suministros; o
 - anestesia local, analgesia o sedación consciente no intravenosa, como óxido nitroso.
- servicios dentales por una lesión accidental en los dientes y en sus estructuras de soporte, excepto las lesiones en los dientes por masticar o morder comida;
- pruebas de susceptibilidad a las caries;
- colocación inicial de una dentadura postiza fija y permanente para sustituir uno o más dientes perdidos antes de que la persona tuviera cobertura del seguro dental, excepto los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- otros servicios de dentaduras postizas fijas que no estén descritos en ninguna parte del certificado;
- accesorios de precisión, salvo si el accesorio está relacionado con implantes;
- la colocación inicial de una dentadura postiza completa o extraíble para sustituir uno o más dientes perdidos antes de que la persona tuviera cobertura del seguro dental, salvo los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- la incorporación de dientes a una dentadura postiza parcial extraíble para sustituir uno o más dientes que se hayan salido antes de que la persona tuviera cobertura del seguro dental, salvo los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- el ajuste de una dentadura postiza que se haga en el plazo de 6 meses a partir de que el mismo dentista la hubiera colocado;
- implantes, incluyendo, entre otros, cirugía, colocaciones, restauraciones, mantenimiento y extracciones relacionados;

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental

259696 Green Dot Public Schools

- reparación de implantes;
- prótesis con implantes para sustituir uno o más dientes que se hayan perdido antes de que la persona tuviera cobertura del seguro dental, salvo los dientes naturales faltantes por causas congénitas;
- aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales;
- aparatos o tratamientos para el bruxismo (rechinar los dientes), incluyendo, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos;
- diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ) (esta exclusión no se aplica para los residentes de Minnesota);
- la reparación o el reemplazo de un aparato de ortodoncia;
- dispositivos protésicos o aparatos duplicados;
- reemplazo de un aparato, restauración moldeada o dentadura postiza perdida o robada; e
- imágenes fotográficas intrabucales y extrabucales.

Limitaciones

Beneficios alternativos: * Ante un problema dental para el que existan dos o más tratamientos aceptables según un criterio profesional, el pago se calculará de acuerdo con 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 recomendamos que analice las opciones de tratamiento con su dentista antes de recibir los servicios y que obtenga un cálculo de los beneficios antes del tratamiento y de recibir ciertos servicios de costo alto, como coronas, puentes o dentaduras postizas. Usted y su dentista recibirán una Explicación de los beneficios (EOB) detallando los servicios prestados, el reembolso de su plan por esos servicios y su costo de bolsillo. Los pagos reales pueden variar con respecto al cálculo previo al tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables en el momento del pago.

Cancelación/terminación de los beneficios: La cobertura se ofrece conforme a una póliza de seguro colectiva (formulario de póliza GPNP99 / G.2130-S) emitida por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). La cobertura termina cuando deja de participar, cuando deja de hacer aportes dentales o cuando el titular de la póliza o MetLife anulan la póliza colectiva. La póliza colectiva termina por falta de pago de la prima y puede terminar si no se cumplen los requisitos de participación o si el titular de la póliza no cumple alguna de las obligaciones estipuladas en la póliza. Estos servicios que estén en curso mientras la cobertura tenga vigencia se pagarán después de la terminación de la cobertura si la cuota correspondiente o el tratamiento terminan en un plazo de 31 días después de la terminación individual de la cobertura: terminación de un dispositivo protésico, una corona o un tratamiento de endodoncia.

Las pólizas colectivas de seguro dental que incluyan el programa Dentista Preferido están suscritas por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY 10166.

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 prestados a los miembros del plan. Las tarifas negociadas son habitualmente entre un 30 % y un 45 % menores que las tarifas promedio que se cobran a 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: Los documentos del plan establecen los servicios que cubre su plan. Esta lista de servicios primarios cubiertos y limitaciones incluye un resumen de los servicios cubiertos. Si hay un conflicto entre los documentos del plan y este resumen, tendrán prioridad los términos de los documentos del plan. Lea los beneficios del plan adjuntos para obtener más información.

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental

259696 Green Dot Public Schools

P : ¿Puedo elegir un dentista no participante?

R: Sí. Siempre tiene la libertad de elegir el dentista que prefiera. Pero si elige a un dentista no participante, es posible que sus costos de bolsillo sean más altos.

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

R: Sí. Si su dentista actual 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 que presente una solicitud.^{††} El sitio web y el número de teléfono son únicamente para uso de dentistas profesionales.

P: ¿Cómo se procesan los reclamos?

R: El dentista puede presentar reclamos en su nombre, es decir, usted prácticamente no tendrá que hacer trámites. Puede hacer un seguimiento de sus reclamos en línea e, incluso, recibir alertas por correo electrónico cuando se hayan procesado. 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 recibir un servicio?

R: Sí. Puede pedir un cálculo antes del tratamiento. El dentista general o especialista suele enviarle a MetLife un plan de atención y pide un cálculo de los beneficios. El cálculo lo ayuda a que se prepare 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. Simplemente pídale 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 en el 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 con su dentista. La cobertura se considerará según los beneficios fuera de la red.** Recuerde conservar todos los recibos para enviar un reclamo dental.

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

R: Las disposiciones de coordinación de beneficios de los planes de beneficios dentales consisten en un conjunto de reglas que se aplican cuando un paciente tiene cobertura de 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 en 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 la determinación de beneficios del plan primario. Es posible que la cantidad que deba pagar MetLife por los beneficios sea menor 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 de que está inscrito en el programa de Dentistas Preferidos de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información de su cobertura mediante un sistema computarizado y gratuito de respuesta automática de voz.

Seguro dental

Cobertura que puede facilitar las visitas al dentista y ayudar a reducir los costos de atención dental

259696 Green Dot Public Schools

Costo mensual

Las siguientes tarifas mensuales tienen vigencia hasta el Fecha. La prima se pagará mediante una conveniente deducción del salario. Los costos mensuales que se muestran abajo para "Empleado + cónyuge + hijos" y "Empleado + familia" incluyen los costos para todos los hijos elegibles.

Plan Alto

Empleado solo	\$50.85	Empleado + cónyuge + hijos	\$129.69
Empleado + uno	\$88.51	Empleado + familia	\$154.81

Plan Bajo

Empleado solo	\$30.31	Empleado + cónyuge + hijos	\$77.43
Empleado + uno	\$52.79	Empleado + familia	\$92.17

† Basado en el análisis interno de MetLife. Las tarifas negociadas son las tarifas que los dentistas dentro 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 modificaciones.

†† 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 afiliado a MetLife, y los servicios y los beneficios que ofrece son separados e independientes del seguro que proporciona MetLife. No hay servicios de remisión en todos los lugares. *AXA Assistance USA, Inc. presta servicios de remisión dental únicamente. AXA Assistance no está asociado con MetLife, y los servicios y los beneficios que proporciona son separados e independientes del seguro que proporciona MetLife. Los servicios de remisión no están disponibles en todos lados. Exclusiones: El Programa de asistencia en viaje de AXA (AXA Travel Assistance Program) está disponible para los participantes que estén de viaje. Si un viaje supera los 120 días, se considera que el participante ya no está de viaje y, por lo tanto, deja de ser elegible para los servicios. Además, AXA Assistance USA no evacuará ni repatriará participantes sin autorización médica; que tengan lesiones leves, heridas simples como esguinces, fracturas simples o enfermedades leves que puedan tratar los médicos locales y que no impidan que el miembro continúe su viaje o que regrese a casa; o que tengan infecciones en tratamiento y que todavía no estén curadas. No se pagarán beneficios por ninguna pérdida ni lesión a causa de un embarazo y un parto, excepto por complicaciones del embarazo, y trastornos mentales y nerviosos, a menos que lo hospitalicen. No están cubiertos los reembolsos de servicios que no sean médicos, como gastos de hotel, restaurantes, taxis ni pérdida de equipaje durante el viaje. El beneficio máximo por persona para los gastos asociados con evacuaciones, repatriaciones o el retorno de los restos mortales es de US\$500,000. El personal designado de AXA Assistance debe autorizar y organizar el tratamiento para que sea elegible para los beneficios de este programa. AXA Assistance USA, Inc. debe prestar y organizar todos los servicios. No se aceptarán reclamos de reembolso.

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

Los planes grupales de seguro dental que cuentan con el Programa de Dentista Preferido son provistos por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY.

