

Seguro Dental

Grupo N.º: 109929

Red: Programa dental preferido (PDP) Plus - Nivel I y Nivel II

Docentes de la Universidad de Harvard, personal administrativo y profesional, y otro personal no sindicalizado

El plan dental de la Universidad de Harvard ofrece un diseño único con dos niveles de cobertura dentro de un plan.

El Nivel I brinda cobertura que satisface la mayoría de las necesidades dentales en una estructura tradicional de beneficios dentales. Para aquellos que necesiten una atención dental más amplia que supere el monto máximo anual de \$3,000 del Nivel I, tiene la protección de una **cobertura del plan ilimitada dentro de la cobertura de beneficios del Nivel II**. Después de pagar el deducible del Nivel II, el plan paga el 75 % durante el resto del año calendario para la mayoría de los servicios no preventivos/de diagnóstico. Los servicios preventivos y de diagnóstico están siempre cubiertos al 100 % y no están sujetos a deducibles.

Así es cómo funciona:

Deducible de Nivel I: \$50 por persona/\$150 por familia. Exención del deducible para servicios de diagnóstico, preventivos y ortodoncia.

Pago del plan de Nivel I: Una vez que alcance el deducible, el plan paga los servicios según los porcentajes de coseguro indicados en el siguiente cuadro.

Una vez que el plan pague \$3,000 por una persona, esa persona pasa automáticamente al Nivel II de cobertura.

Deducible de Nivel II: \$500 adicionales por persona (esto se aplica a cada miembro de la familia). **Exención del deducible para servicios de diagnóstico, preventivos y ortodoncia.**

Pago del plan de Nivel II: Una vez que alcance el deducible de Nivel II, el plan paga los servicios según los porcentajes de coseguro indicados en el siguiente cuadro, sin límite anual.

Sus dependientes elegibles están cubiertos hasta el final del mes en el que cumplen 26 años.

Las parejas de hecho son elegibles.

La cobertura pagada del plan es ilimitada hasta el final del año calendario.

	Dentro de la red ¹ % de la tarifa negociada ²	Fuera de la red ¹ % del cargo R&C**
Tipo de cobertura		
Tipo A: Servicios preventivos (limpiezas, exámenes, radiografías) (sin deducible)	100 %	100 %
Tipo B Include if plan has incentive provisions: Servicios de restauración básica (empastes, extracciones, tratamientos de conducto)	75 %	75 %
Tipo C Include if plan has incentive provisions: Servicios de restauración de importancia (prótesis, coronas, implantes)	75 %	75 %
Tipo D: Ortodoncia (adultos y niños)	50 %	50 %
Deducible[†]		
Nivel I	Sin deducible para servicios preventivos y de diagnóstico y servicios de ortodoncia cubiertos \$50 por persona cubierta para todos los demás servicios; máximo de \$150 por familia	
Nivel II	Sin deducible para servicios preventivos y de diagnóstico y servicios de ortodoncia cubiertos \$500 por persona para todos los demás servicios	
Beneficio anual máximo Include if plan has incentive provisions		

Seguro Dental

Grupo N.º: 109929

Máximo anual de Nivel I	\$3,000 por persona
Máximo de Nivel II	Ninguno
Monto máximo de por vida para ortodoncia	
Por persona (sin deducible)	\$2,000 de beneficio máximo de por vida por persona para docentes y personal no sindicalizado

¹ "Beneficios dentro de la red" hace referencia a los beneficios incluidos en este programa de servicios dentales cubiertos proporcionados por un dentista participante. "Beneficios fuera de la red" hace referencia a los beneficios incluidos en este programa de servicios dentales cubiertos no proporcionados por un dentista participante.

²Tarifas negociadas hace referencia a los cargos que los dentistas participantes han acordado aceptar como pago total por los servicios cubiertos, sujetos a cualquier copago, deducible, costo compartido y límite máximo de beneficios. Las tarifas acordadas están sujetas a cambios.

** El cargo R&C se refiere al arancel razonable y habitual (R&C, por su sigla en inglés), 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 uno similar o (3) el cargo de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica por el mismo servicio o uno similar, según lo determinado por MetLife.

†Revise coverage types as per Plan Design.Choose oneSe aplica or Se aplica solo a los servicios tipo B y C.

Lista de los servicios primarios cubiertos y las limitaciones

Las categorías de servicios y limitaciones del plan que se indican representan una descripción general de sus Beneficios del 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: Prevención	
Profilaxis (limpiezas)	Dos por año calendario
Exámenes bucales	Dos exámenes por año calendario
Aplicaciones tópicas de flúor	Dos tratamientos con flúor por año calendario para todos los miembros con cobertura
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías de boca completa: una cada 60 meses Radiografías de aleta de mordida: un conjunto por año calendario para adultos: una cada 6 meses para hijos
Mantenedores de espacio	Mantenedores de espacio para hijos dependientes hasta que cumplan 14 años
Selladores	Una aplicación de material sellador cada 4 años para cada primer y segundo molar hasta que el dependiente cumpla 19 años
Mantenimiento periodontal	Cuatro tratamientos en un año calendario
Tipo B: Restauración básica	
Empastes	Uno por diente cada 24 meses
Protectores bucales	Uno en 60 meses
Endodoncia	Tratamiento de conducto limitado a uno por diente durante toda la vida
Anestesia general	Cuando sea necesario desde el punto de vista dental en conexión con cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos
Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> Raspaje y alisado radicular una vez por cuadrante, cada 24 meses Cirugía periodontal una vez por cuadrante, cada 36 meses
Puentes	<ul style="list-style-type: none"> Colocación inicial para reemplazar uno o más dientes naturales Reemplazo de puentes: uno cada 84 meses

Seguro Dental

Grupo N.º: 109929

Ajuste/Rebase/Revestimiento de prótesis	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste: uno en 12 meses • Rebase/Revestimiento: uno en 36 meses
Después del horario de atención al público	Sin limitación de frecuencia
Extracciones simples	Sin limitación de frecuencia
Cirugía bucal	Sin limitación de frecuencia
Tipo C: Restauración de importancia	
Incrustaciones, incrustaciones externas, coronas	Un reemplazo cada 84 meses
Implantes	Uno en 84 meses
Prótesis	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación inicial para reemplazar uno o más dientes naturales • Reemplazo de prótesis: uno cada 84 meses
Tipo D: Ortodoncia	
	<ul style="list-style-type: none"> • Usted, su cónyuge/pareja de hecho y sus hijos de hasta 26 años tienen cobertura mientras el Seguro dental esté en vigencia • Todos los procedimientos dentales realizados en conexión con el tratamiento de ortodoncia son pagaderos como Ortodoncia. • Los pagos se realizan de manera repetitiva. • El 20 % del monto máximo de por vida para ortodoncia se aplicará en el momento de la colocación inicial del aparato y se pagará de acuerdo con el nivel de coseguro de los beneficios del plan para ortodoncia según 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 limitaciones del plan que se indican arriba representan una descripción general de sus beneficios del plan. Este documento presenta la mayoría de los servicios dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del Plan.

Exclusiones

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

- Servicios que no son necesarios desde el punto de vista dental, aquellos que no sigan las normas de cuidado generalmente aceptadas para tratar una afección dental determinada, o que consideremos de naturaleza experimental
- 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 (en caso de ser residente de Texas, vea la sección de la página de noticias en el certificado)
- Servicios que no son prestados ni prescritos por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por un higienista dental con licencia que son supervisados y facturados por un dentista para:
 - Raspado y pulido de dientes o
 - Tratamientos con flúor
- Restauración de una estructura dentaria dañada por desgaste, abrasión o erosión
- 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, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental
- Citas perdidas
- Servicios:
 - Cubiertos bajo cualquier ley de compensación de los trabajadores o enfermedad ocupacional
 - Cubiertos bajo cualquier ley de responsabilidad del empleador

Seguro Dental

Grupo N.º: 109929

- Por los cuales no se exige pago alguno al empleador del beneficiario, o
- Recibido en un centro mantenido por el empleador, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos, u hospital de VA
- Servicios cubiertos bajo otra cobertura brindada por el empleador
- 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:
 - Completado 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 this one is sometimes covered
- Otros servicios de prótesis fijas que no hayan sido descritos en ninguna parte del certificado this one is sometimes covered
- Accesorios de precisión, salvo los casos en que el accesorio esté relacionado con prótesis de implantes
- Prótesis con implantes para sustituir uno o más dientes que se perdieron antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos; Leave in for plans covering implants with missing tooth exclusion. If implants are covered, and they have missing tooth exclusion –leave in.
- Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ) The following sentence applies only if situated in MN: Remove if not situated in MN. Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.
- Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia
- Dispositivos protésicos o aparatos duplicados
- Reemplazo de una restauración moldeada, una prótesis o un aparato perdidos o robados
- Los servicios de ortodoncia de pedido por correo no están cubiertos por el plan

Limitaciones:

Beneficios alternativos: Ante un problema dental para el que existen dos o más tratamientos profesionalmente aceptables, el reembolso 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 adicional. Para evitar cualquier malentendido, le sugerimos que antes de recibir ciertos servicios de alto costo, como coronas, puentes o prótesis, hable sobre las opciones de tratamiento con su dentista y solicite una estimación de los beneficios previa al tratamiento. Usted y su dentista recibirán cada uno 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 el importe de sus gastos de bolsillo. Los pagos reales pueden variar con respecto a la estimación previa para el tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables en el momento del pago.

Las pólizas de seguro dental grupales que cuentan con el Programa de Dentista Preferido están suscriptas por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY 10166.

†Basado en análisis interno de MetLife. 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 acordadas están sujetas a cambios.

††Debido a requisitos contractuales, se prohíbe que MetLife aborde a ciertos proveedores.

*AXA Assistance USA, Inc. solo proporciona servicios de remisión dentales. AXA Assistance no está asociada a MetLife, y los servicios y beneficios que brinda son independientes del seguro que brinda MetLife. Los servicios de remisión no están disponibles en todas las ubicaciones. Exclusiones: El programa de Asistencia al viajero de AXA se encuentra disponible para los participantes en estado "en viaje". Siempre que un viaje supere los 120 días, ya no se considera que el participante esté en el estado "en viaje" y, por lo tanto, ya no es elegible para recibir los servicios. Además, AXA Assistance USA no evacuará ni repatriará participantes sin autorización médica, con lesiones leves, heridas simples como esguinces, fracturas simples o enfermedades leves que puedan ser tratadas por médicos locales y no impidan al miembro continuar su viaje o regresar a su hogar, o con infecciones en tratamiento y que no estén aún curadas. No se otorgarán los beneficios por pérdidas o lesiones que sean causadas por embarazo y maternidad o que resulten de eso, salvo por complicaciones de embarazo y trastornos mentales y nerviosos, a menos que el paciente sea hospitalizado. No se encuentran cubiertos los reembolsos por servicios no médicos, como gastos de hoteles, restaurantes, traslados o pérdida de equipaje durante el viaje. El máximo beneficio por persona para costos asociados con evacuaciones, repatriaciones o el retorno de restos mortales es de US\$500,000. El tratamiento debe ser autorizado y coordinado por personal designado de AXA Assistance para ser elegible para recibir los beneficios de conformidad con este programa. Todos los servicios deben ser administrados y coordinados por AXA Assistance USA, Inc. No se aceptarán reclamos por reembolsos.

**Consulte su cobertura dental fuera de la red en el resumen del plan de beneficios dentales.