

Seguro odontológico

Nº do grupo: 109929

Rede: Programa Odontológico Preferencial Plus

Universidade de Harvard – Aposentados

Franquia: US\$ 100 por pessoa. Isenção da franquia para as categorias Diagnóstico e Preventiva.

Máximo do ano civil: US\$ 5.000 por pessoa.

	Na rede ¹ % da taxa negociada ²	Fora da rede ¹ % da Taxa R&C**
Tipo de cobertura		
Tipo A: Preventiva (limpezas, exames, raios X)	100%	100%
Tipo B Include if plan has incentive provisions: Restauração básica (obturações, extrações, canais radiculares)	75%	75%
Tipo C Include if plan has incentive provisions: Restauração de grande porte (coroas, implantes, dentaduras)	50%	50%
Franquia[†]		
Individual	US\$ 100	US\$ 100
Família	N/D	N/D
Benefício máximo anual		
Por pessoa	US\$ 5.000	US\$ 5.000

¹ "Benefícios na rede" referem-se aos benefícios previstos neste plano para serviços odontológicos cobertos prestados por um dentista participante. "Benefícios fora da rede" referem-se aos benefícios previstos neste plano para serviços odontológicos cobertos não prestados por um dentista participante.

²Honorários negociados referem-se aos honorários que os dentistas participantes concordaram em aceitar como pagamento integral pelos serviços cobertos, sujeito a quaisquer copagamentos, franquias, compartilhamento de custos e máximos de benefícios. As taxas negociadas estão sujeitas a alterações.

**A taxa R&C refere-se à cobrança Razoável e Habitual (R&C), que é baseada na menor (1) cobrança real do dentista, (2) cobrança usual do dentista para serviços iguais ou semelhantes ou (3) cobrança da maioria dos dentistas na mesma área geográfica para serviços iguais ou semelhantes, conforme determinado pela MetLife.

†Revise coverage types as per Plan Design.Choose oneAplica-se or apenas aos serviços tipo B e C.

Lista de serviços cobertos primários e limitações

Seguro odontológico

Nº do grupo: 109929

As categorias de serviço e limitações do plano mostradas representam uma visão geral dos benefícios do seu plano. Este documento apresenta a maioria dos serviços dentro de cada categoria, mas não é uma descrição completa do plano.

Tipo de plano	Quantidade/Frequência
Tipo A - Preventiva	
Profilaxia (limpezas)	Duas por ano civil
Exames bucais	Dois exames por ano civil
Aplicações tópicas de flúor	Dois tratamentos com flúor por ano civil para todos os membros cobertos
Raios X	<ul style="list-style-type: none"> Radiografias de boca inteira; uma em 60 meses Radiografias das aletas de mordida; dois conjuntos por ano civil por membro
Mantenedores de espaço	Mantenedores de espaço para crianças dependentes até o 14º aniversário
Selantes	Uma aplicação de material selante a cada 4 anos para cada 1º e 2º molar até o 19º aniversário do dependente
Manutenção periodontal	Quatro tratamentos em um ano civil
Tipo B — Restauração básica	
Obturações	Uma por dente em 24 meses
Endodontia	Tratamento de canal limitado a uma vez por dente por toda a vida
Anestesia geral	Em conexão com cirurgia oral, extrações ou outros serviços odontológicos cobertos
Periodontia	<ul style="list-style-type: none"> Raspagem periodontal e aplanamento radicular uma vez por quadrante, a cada 24 meses Cirurgia periodontal uma vez por quadrante, a cada 36 meses
Ajuste/reembasamento de dentadura	<ul style="list-style-type: none"> Ajuste: um em 12 meses Reembasamento: um em 36 meses
Consultas após o expediente	Sem limitações de frequência
Extrações simples	Sem limitações de frequência
Cirurgia oral	Sem limitações de frequência
Tipo C — Restauração de grande porte	
Incrustações, onlays, coroas	Uma substituição a cada 60 meses
Implantes	Um em 60 meses
Pontes	<ul style="list-style-type: none"> Colocação inicial para substituir um ou mais dentes naturais Substituição de pontes; uma a cada 60 meses

Seguro odontológico

Nº do grupo: 109929

Dentaduras

- Colocação inicial para substituir um ou mais dentes naturais
- Substituição de dentadura; uma a cada 60 meses

*As categorias de serviço e limitações do plano mostradas acima representam uma visão geral dos benefícios do seu plano. Este documento apresenta a maioria dos serviços dentro de cada categoria, mas não é uma descrição completa do plano.

Exclusões

Este plano não cobre os seguintes serviços, tratamentos e suprimentos:

- Serviços que não sejam dentalmente necessários, aqueles que não atendem aos padrões de cuidados geralmente aceitos para o tratamento da condição dentária específica, ou que considerarmos de natureza experimental;
- Serviços pelos quais você não seria obrigado a pagar na ausência de seguro odontológico;
- Serviços que são principalmente cosméticos (para residentes do Texas, consultar a seção da página de aviso no Certificado);
- Serviços que não são realizados nem prescritos por um dentista, exceto os serviços de um higienista dental licenciado que são supervisionados e cobrados por um dentista e que são para:
 - Raspagem e polimento de dentes; ou
 - Tratamentos com flúor;
- Serviços ou aparelhos que restaurem ou alterem a oclusão ou a dimensão vertical;
- Restauração de estrutura dentária danificada por atrito, abrasão ou erosão;
- Restaurações ou aparelhos utilizados com a finalidade de esplintagem periodontal;
- Aconselhamento ou instrução sobre higiene bucal, controle de placa bacteriana, nutrição e tabagismo;
- Suprimentos ou dispositivos pessoais, incluindo, entre outros: irrigadores bucais, escovas de dentes ou fio dental;
- Decoração, personalização ou inscrição de qualquer dente, dispositivo, aparelho, coroa ou outro trabalho dentário;
- Não comparecimento a consultas;
- Serviços:
 - Cobertos por qualquer seguro contra acidentes de trabalho ou lei de doença ocupacional;
 - Cobertos por qualquer lei de responsabilidade do empregador;
 - Pelos quais o empregador da pessoa que recebe tais serviços não é obrigado a pagar; ou
 - Recebidos em uma instalação mantida pelo empregador, sindicato, associação de benefício mútuo ou hospital de veteranos;
- Serviços cobertos por outras coberturas fornecidas pelo empregador;
- Restaurações temporárias ou provisórias;
- Aparelhos temporários ou provisórios;
- Medicamentos controlados;
- Serviços para os quais a documentação apresentada indica prognóstico ruim;
- O seguinte, quando cobrado pelo dentista em separado:
 - Preenchimento do formulário de reivindicação de seguro;
 - Itens para o controle de infecções, como luvas, máscaras e esterilização de insumos; ou
 - Anestesia local, sedação consciente não intravenosa ou analgesia, como óxido nítrico.
- Outros serviços de prótese de dentadura fixa não descritos em outras partes do certificado; this one is sometimes covered
- Fixações de precisão, exceto quando a fixação de precisão estiver relacionada a próteses sobre implantes;
- Ajuste de uma dentadura feita em até 6 meses após a colocação pelo mesmo dentista que a colocou;

Seguro odontológico

Nº do grupo: 109929

- Aparelhos fixos e removíveis para correção de hábitos nocivos;
- Aparelhos ou tratamento para bruxismo (ranger de dentes), incluindo, entre outros, protetores oclusais e protetores noturnos;
- Diagnóstico e tratamento de disfunções da articulação temporomandibular (ATM). The following sentence applies only if situated in MN: Remove if not situated in MN. Esta exclusão não se aplica a residentes de Minnesota;
- Reparação ou substituição de um aparelho ortodôntico;
- Dispositivos ou aparelhos protéticos duplicados;
- Substituição de um aparelho perdido ou roubado, restauração de modelo ou dentadura;

Limitações

Benefícios alternativos: quando existem dois ou mais tratamentos dentários profissionalmente aceitáveis para uma condição dentária, o pagamento é baseado na alternativa de tratamento menos dispendiosa. Se você e seu dentista concordaram com um tratamento mais caro do que o tratamento no qual o benefício do plano se baseia, você será responsável por qualquer encargo de pagamento adicional. Para evitar mal-entendidos, sugerimos que você discuta as opções de tratamento com seu dentista antes da prestação dos serviços e obtenha uma estimativa de benefícios pré-tratamento antes de receber certos serviços de alto custo, como coroas, pontes ou dentaduras. Você e seu dentista receberão uma Explicação dos Benefícios (EOB) descrevendo os serviços prestados, o pagamento do seu plano por esses serviços e as despesas que são de sua responsabilidade. Os pagamentos efetivos podem variar da estimativa pré-tratamento dependendo dos máximos anuais, limites de frequência do plano, franquias e outros limites aplicáveis no momento do pagamento.

Remove if ASO plan: As apólices de seguro odontológico em grupo que incluem o Programa de Dentista Preferencial são subscritas pela Metropolitan Life Insurance Company, Nova York, NY 10166.

†Baseado em análise interna da MetLife. Honorários negociados referem-se aos honorários que os dentistas na rede concordaram em aceitar como pagamento integral pelos serviços cobertos, sujeito a quaisquer copagamentos, franquias, compartilhamento de custos e máximos de benefícios. As taxas negociadas estão sujeitas a alterações.

††Devido a requisitos contratuais, a MetLife está impedida de solicitar determinados fornecedores.

*A AXA Assistance USA, Inc. fornece apenas serviços de encaminhamento odontológico. A AXA Assistance não é afiliada à MetLife, e os serviços e benefícios que ela oferece são separados do seguro fornecido pela MetLife. Os serviços de encaminhamento não estão disponíveis em todos os locais. Excluições: o Programa de Assistência em Viagem da AXA está disponível para participantes em situação de viagem. Sempre que uma viagem ultrapasse 120 dias, o participante deixa de ser considerado em situação de viagem e, portanto, deixa de estar qualificado para os serviços. Além disso, a AXA Assistance USA não evacuará ou repatriará participantes sem autorização médica; com lesões leves, lesões simples como entorses, fraturas simples ou doença leve que possam ser tratadas por médicos locais e não impedem o membro de continuar sua viagem ou voltar para casa; ou com infecções em tratamento e ainda não curadas. Os benefícios não serão pagos por qualquer perda ou lesão causada ou resultante de: gravidez e parto, exceto por complicações da gravidez e distúrbios mentais e nervosos, a menos que haja hospitalização. Reembolsos por serviços não médicos, como despesas de hotel, restaurante, táxi ou perda de bagagem durante a viagem, não são cobertos. O benefício máximo por pessoa para custos associados a evacuações, repatriações ou devolução de restos mortais é de US\$ 500.000. O tratamento deve ser autorizado e organizado pelo pessoal designado da AXA Assistance para se qualificar para os benefícios deste programa. Todos os serviços devem ser fornecidos e organizados pela AXA Assistance USA, Inc. Não serão aceitos pedidos de reembolso.

**Consulte o resumo do seu plano de benefícios odontológicos para se informar sobre a cobertura odontológica fora da rede.