

Seguro Dental

Grupo N.º: 109929

Programa dental preferido Plus

Universidad de Harvard - Jubilados

Deducible: \$100 por persona. Exención del deducible para categorías Servicios de diagnóstico y Servicios preventivos.
Máximo por año calendario: \$5,000 por persona.

	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)	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 (coronas, implantes, prótesis)	50%	50%
Deducible†		
Individual	\$100	\$100
Familiar	No disponible	No disponible
Beneficio anual máximo		
Por persona	\$5,000	\$5,000

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 o Se aplica solo a los servicios tipo B y C.

Seguro Dental

Grupo N.º: 109929

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: dos conjuntos por año calendario por miembro
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
Endodoncia	Tratamiento de conducto limitado a uno por diente durante toda la vida
Anestesia general	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
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 limitaciones de frecuencia
Extracciones simples	Sin limitaciones de frecuencia
Cirugía bucal	Sin limitaciones de frecuencia
Tipo C: Restauración de importancia	
Incrustaciones, incrustaciones externas, coronas	Un reemplazo cada 60 meses
Implantes	Uno en 60 meses
Puentes	<ul style="list-style-type: none"> Colocación inicial para reemplazar uno o más dientes naturales Reemplazo de puentes: uno cada 60 meses

Seguro Dental

Grupo N.º: 109929

Prótesis

- Colocación inicial para reemplazar uno o más dientes naturales
- Reemplazo de prótesis: uno cada 60 meses

*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 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
- Servicios o aparatos que restauren o modifiquen la oclusión o dimensión vertical
- 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
 - 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 provisionales
- Aparatos temporarios o provisionales
- 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.
- Otros servicios de prótesis fijas que no hayan sido descritos en ninguna parte del certificado this one is sometimes covered

Seguro Dental

Grupo N.º: 109929

- Accesorios de precisión, salvo los casos en que el accesorio esté relacionado con prótesis de implantes
- Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales
- Aparatos o tratamiento para el bruxismo (rechinar los dientes), que incluyen, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos
- 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

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.

Remove if ASO plan: 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.