Seguro dental

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

Pearland Independent School District

Red: PDP Plus

	Opción 1 del plan Plan dental superior		Opción 2 del plan Plan dental básico	
	Dentro de la red[1] % de la tarifa negociada[2]	**Fuera de la red[1]** 90% de tarifa R&C**	**Dentro de la red[1]** % de la tarifa negociada[2]	**Fuera de la red[1]** Monto programado
Tipo de cobertura				
Tipo A: servicios preventivos (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%	100%	100%	100%
Tipo B: servicios de restauración básica (empastes, extracciones)	80%	80%	80%	80%
Tipo C: servicios de restauración mayor (puentes, dentaduras postizas)	50%	50%	No Cubierto	No Cubierto
Tipo D: ortodoncia	50%	50%	No Cubierto	No Cubierto
Deducible†				
Individual	$50	$50	$50	$50
Familiar	$150	$150	$150	$150
Beneficio anual (9/1 – 8/31) máximo Benefit				
Por persona	$1,250	$1,250	$500	$500
Cantidad máxima para ortodoncia en toda la vida				
Por persona***	$1,000	$1,000	No Cubierto	No Cubierto

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

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.

2 Las tarifas negociadas hacen referencia a los cargos que los dentistas de la red han acordado aceptar como pago total por ciertos servicios, sujeto a cualquier copago, deducible, costo compartido y límite máximo de beneficios. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios. Las tarifas negociadas no aplican a servicios no cubiertos en estados en los que se prohíben las limitaciones de servicios no cubiertos por un plan. Es posible que los proveedores de estos estados cobren sus tarifas no negociadas por los servicios no cubiertos. Incluya si el plan tiene disposiciones sobre incentivos: 3 Su plan incluye disposiciones sobre incentivos. Los deducibles, los máximos del plan o los porcentajes de coseguro pueden variar según el miembro del plan.

L4522320[exp0527][All States and][All Territories]]© 2025 MetLife Services and Solutions, LLC

Seguro dental

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

Pearland Independent School District

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.

*Si es dentalmente necesario, usted y sus dependientes pueden ser elegibles para otros tratamientos dentales si se les diagnostican una o más condiciones específicas. Consulte la sección "Descripción de los servicios cubiertos" de este Certificado para obtener más información.

Tipo de plan	Opción 1 del plan: Plan dental superior Cantidad/frecuencia	Opción 2 del plan: Plan dental básico Cantidad/frecuencia
Tipo A: preventivo		
Profilaxis (limpiezas)	Tres por año del plan	Tres por año del plan
Exámenes de la boca	Tre exámenes por año del plan	Tres exámenes por año del plan
Aplicaciones tópicas de fluoruro	Un tratamiento con fluoruro por año del plan para hijos dependientes hasta que cumplan 16 años.	Un tratamiento con fluoruro por año del plan para hijos dependientes hasta que cumplan 16 años.
Radiografías	• Radiografías de boca completa: una cada 5 años • Radiografías con aletas de mordida: Cuatros juegos por año del plan para adultos; un juego por año del plan para niños hasta que cumplan 10 años	• Radiografías de boca completa: una cada 5 años • Radiografías con aletas de mordida: Cuatros juegos por año del plan para adultos; un juego por año del plan para niños hasta que cumplan 10 años
Espaciadores	Espaciadores para hijos dependientes hasta que cumplan 15 años	Espaciadores para hijos dependientes hasta que cumplan 15 años
Selladores	Una aplicación de material sellador cada año para cada. Primero y segundo molar no restaurado y sin caries, de hijos dependientes hasta que cumplan 16 años	Una aplicación de material sellador cada año para cada. Primero y segundo molar no restaurado y sin caries, de hijos dependientes hasta que cumplan 16 años
Periodoncia	• Raspado periodontal y alisado radicular: una vez por cuadrante cada 2 años • La cantidad total de tratamientos periodontales de mantenimiento y de profilaxis no puede superar los cuatro tratamientos por año del plan	• Raspado periodontal y alisado radicular: una vez por cuadrante cada 2 años • La cantidad total de tratamientos periodontales de mantenimiento y de profilaxis no puede superar los cuatro tratamientos por año del plan
Tipo B: restauración básica		
Empastes		
Extracciones simples		
Coronas, incrustaciones e incrustaciones externas		• No Cubierto
Aparatología fija y removible	Un juego del año del plan para hijos dependientes hasta que cumplan 14 años	• No Cubierto
Tipo C: restauración mayor		
Reparación/recementación de coronas, dentaduras postizas y puentes		• No Cubierto
Cirugía bucal		• No Cubierto
Implantes	Reemplazo: una vez cada 5 años	• No Cubierto

L4522320[exp0527][All States and][All Territories]]© 2025 MetLife Services and Solutions, LLC

Seguro dental

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

Pearland Independent School District

Puentes y dentaduras postizas	• 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 5 años • 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.	• No Cubierto
Endodoncia	Tratamiento de conductos limitado a uno por pieza dental por vida	• No Cubierto
Anestesia general	• Cuando sea odontológicamente necesaria para una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos	• No Cubierto
Periodoncia	• Raspado periodontal y alisado radicular: una vez por cuadrante 3 años • Cirugía periodontal: una vez por cuadrante cada 36 meses • La cantidad total de tratamientos periodontales de mantenimiento y de profilaxis no puede superar un tratamiento por 3 años	• No Cubierto
Tipo D: ortodoncia		
	• Usted, su cónyuge y sus hijos hasta los 19 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.	• No Cubierto

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.

L4522320[exp0527][All States and][All Territories]]© 2025 MetLife Services and Solutions, LLC
DN-ANY-PPO-DUAL

Seguro dental

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

Pearland Independent School District

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;
- accesorios de precisión, salvo si el accesorio está relacionado con implantes;
- 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;
- reparación de implantes;
- 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;

L4522320[exp0527][All States and][All Territories]]© 2025 MetLife Services and Solutions, LLC

Seguro dental

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

Pearland Independent School District

- dispositivos protésicos o aparatos duplicados;
- reemplazo de un aparato, restauración moldeada o dentadura postiza perdida o robada; e

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.

Cancelación/terminación 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 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.

Este plan de beneficios dentales se ofrece mediante un acuerdo autofinanciado. MetLife administra este plan de beneficios dentales, pero no ofrece ningún seguro para financiar los beneficios.

Los planes grupales de Seguro Dental que cuentan con el Programa de Dentista Preferido son provistos por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY 10166.

Al igual que la mayoría de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios que ofrecen MetLife y sus afiliadas tienen ciertas exclusiones, excepciones, períodos de espera, reducciones, limitaciones y términos para mantenerse vigentes. Es probable que deba pagar copagos, deducibles o cualquier otro monto que supere aquellos que MetLife debe pagar por los servicios cubiertos, conforme se describen en su certificado y/o póliza de seguro dental. Comuníquese con su representante de MetLife para obtener información completa y detalles sobre costos.

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 al 1-800-GET-MET8 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.

L4522320[exp0527][All States and][All Territories]]© 2025 MetLife Services and Solutions, LLC
DN-ANY-PPO-DUAL

Seguro dental

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

Pearland Independent School District

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 llamando al 1-800-GET-MET8.

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: ¿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.

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.

Opción 1 del plan: Plan dental superior

Empleado solo	$44.17	Empleado + familia	$149.66
Empleado + uno	$86.92		

Opción 2 del plan: Plan dental básico

Empleado solo	$22.72	Empleado + familia	$76.54
Empleado + uno	$33.58		

L4522320[exp0527][All States and][All Territories]]© 2025 MetLife Services and Solutions, LLC
DN-ANY-PPO-DUAL

Seguro dental

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

Pearland Independent School District

† Las tarifas negociadas hacen referencia a los cargos que los dentistas de la red han acordado aceptar como pago total por ciertos servicios, sujeto a cualquier copago, deducible, costo compartido y límite máximo de beneficios. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios. Las tarifas negociadas no aplican a servicios no cubiertos en estados en los que se prohíben las limitaciones de servicios no cubiertos por un plan. Es posible que los proveedores de estos estados cobren sus tarifas no negociadas por los servicios no cubiertos.

Los ahorros de la inscripción en un plan de beneficios dentales con el Programa de Dentista Preferido de MetLife dependerán de varios factores, que incluyen el costo del plan, la frecuencia con la que los participantes acuden al dentista y el costo de los servicios recibidos.†† Debido a los requisitos del contrato, MetLife no puede incluir a algunos proveedores.

* AXA Assistance USA, Inc. solo proporciona servicios de remisión dentales. AXA Assistance no es afiliada de MetLife, y los servicios y beneficios que brinda son independientes del seguro que brinda MetLife. Los servicios de derivación 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 puedas 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 $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 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.

L4522320[exp0527][All States and][All Territories]]© 2025 MetLife Services and Solutions, LLC