Dental

Metropolitan Life Insurance Company

Diseño de plan para: Burnet CISD
Fecha de entrada en vigencia del plan original: 09/01/2026

Red: PDP Plus

El Programa de Dentista Preferido se diseñó para ayudarlo a obtener el cuidado dental que necesita y a disminuir los costos. Usted recibe beneficios para una amplia gama de servicios con cobertura, tanto dentro como fuera de la red. El objetivo es dar protección rentable para que tenga una sonrisa más saludable y esté más sano.

	Dentro de la red	**Fuera de la red[1]**
Plan de mayor cobertura		
Tipo de cobertura:	**Red personalizada** % de tarifa negociada[2]	**Fuera de la red[1]** % de R&C tarifa[4]
Tipo A: Preventivo	100%	100%
Tipo B: Restauración básica	80%	80%
Tipo C: Restauración de importancia	50%	50%
Tipo D: Ortodoncia	25%	25%
Deducible[3]		
Individual	$50	$50
Familiar	$150	$150
Beneficio anual máximo:		
Por individuo	$1500	$1500
Monto máximo de por vida para ortodoncia	La ortodoncia se aplica solo a los niños Niños de hasta 19 años	
	$1000 por persona	$1000 por persona
Edad del dependiente:	Elegible para beneficios hasta el día en que cumple 26 años.	
Plan de menor cobertura		
Tipo de cobertura:	**Dentro de la red** % de tarifa negociada[2]	**Fuera de la red[1]** % de Negociada Tarifa[2]
Tipo A: Preventivo	100%	100%
Tipo B: Restauración básica	60%	60%
Tipo C: Restauración de importancia	40%	40%
Tipo D: Ortodoncia	NA	NA
Deducible[3]		
Individual	$50	$50
Familiar	$150	$150
Beneficio anual máximo:		
Por individuo	$750	$750
Edad del dependiente:	Elegible para beneficios hasta el día en que cumple 26 años.	

[1] "Beneficios dentro de la red" se refiere a los beneficios proporcionados por este plan de servicios dentales cubiertos proporcionados por un dentista participante. "Beneficios fuera de la red" se refiere a los beneficios incluidos en este plan para los servicios dentales cubiertos proporcionados por un dentista que no sea participante. La atención de un dentista fuera de la red puede costarle más que la de un dentista dentro de la red.

[2]. Tarifas negociadas se refieren a las tarifas que los dentistas participantes han acordado 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 cambios.

Plan de mayor cobertura

[3]. Se aplica solo a los servicios de tipo B y C.

[4]. Los beneficios fuera de la red se pagan por servicios proporcionados por un dentista que no participa en el programa. El cargo habitual y razonable (Reasonable and Customary, R&C) se basa en la menor de las siguientes opciones

© 2026 MetLife Services and Solutions, LLC

- el cargo real del dentista (el 'Cargo Real');
- el cargo usual del dentista por los mismos servicios o servicios similares (el 'Cargo Usual'); o
- el cargo habitual de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica por los mismos servicios o servicios similares según lo determinado por MetLife (el 'Cargo Habitual'). Para su plan, el Cargo Habitual se basa en el percentil 90th.Los servicios deben ser necesarios según las normas de práctica dental generalmente aceptadas.

Plan de menor cobertura

3. Se aplica solo a los servicios de tipo B y C.

© 2026 MetLife Services and Solutions, LLC

Comprenda su plan de beneficios dentale

El Programa Dentista Preferido está diseñado para proporcionarle la cobertura dental que necesita con las características que desea, como la libertad de consultar al dentista que elija, dentro o fuera de la red.

Si le prestan servicios dentro de la red, usted es responsable de todos los deducibles aplicables, costos compartidos aplicables, los cargos negociados después de alcanzar los beneficios máximos y los costos por servicios no cubiertos. Si le prestan servicios fuera de la red, es responsable de todos los deducibles aplicables, costos compartidos aplicables, los cargos que exceden los beneficios máximos, los cargos que exceden los montos de las listas de tarifas negociadas o el cargo R&C y los cargos por servicios no cubiertos.

- Ciertos beneficios del plan se basan en un porcentaje de la tarifa negociada. Este es el monto que aceptaron los dentistas participantes como pago total. Si los beneficios de su plan se basan en un porcentaje de los cargos habituales y razonables (R&C), sus gastos de desembolso pueden ser superiores, ya que será responsable del pago de cualquier diferencia entre el cargo del dentista y el pago de su plan por el servicio aprobado.

Aproveche las posibilidades del acceso directo en línea con MyBenefits.

- Verifique el estado de sus reclamos.
- Localice un dentista participante del PDP.
- Acceda a la Biblioteca de la Salud Bucal de Metlife.
- Elija ver la Explicación de sus Beneficios en línea.

Si aún no está registrado, simplemente ingrese a www.metlife.com/mybenefits y siga las sencillas instrucciones para el registro.

200 Park Ave., New York, NY 10166
© 2026 MetLife Services and Solutions, LLC

Servicios con cobertura seleccionados y límites de frecuencia*

Plan de mayor cobertura

Tipo A: Prevención	Cuántos/Con qué frecuencia:
Exámenes bucales	2 en 12 meses
Exámenes centrados en un problema	2 en 12 meses
Full Mouth X-rays	1 in 36 months
Radiografías Bitewing o aleta de mordida (Adultos/Niños)	2 en 12 meses
Profilaxis: Limpiezas	2 en 12 meses
Aplicaciones tópicas de flúor	1 en 12 meses: Niños hasta 16 años
Selladores	1 en 36 meses: Niños hasta 16 años
Mantenedores de espacio	1 de por vida por diente área: Niños hasta la edad de 14
Tratamiento paliativo de emergencia	

Tipo B: Restauración básica	Cuántos/Con qué frecuencia:
Amalgamas y empastes compuestos	1 en 24 meses.
Coronas prefabricadas	1 por diente en 5 años
Repairs	1 in 12 months
Cirugía bucal (extracciones simples)	
Cirugía bucal (extracciones quirúrgicas)	
Otras cirugías bucales	
Anestesia general	

Tipo C: Restauración de importancia	Cuántos/Con qué frecuencia:
Coronas/incrustaciones/incrustaciones externas	1 por diente en 5 años
Tratamiento de conducto de endodoncia	1 por diente de por vida
Cirugía periodontal	1 en 24 meses por cuadrante
Raspado y alisado radicular periodontal	1 en 24 meses por cuadrante
Mantenimiento periodontal	2 en 1 año, incluye 2 limpiezas
Puentes	1 en 5 años
Prótesis	1 en 5 años
Consultas	1 en 12 meses
Servicios de implantes	1 servicio por diente en 5 años - 1 reparación cada 5 años

Tipo D: Ortodoncia

- Hijos dependientes de hasta 19 años. Las limitaciones de la edad pueden variar de un estado a otro. Para obtener más información, consulte la descripción del Plan. En caso de que exista un conflicto con este resumen, tendrán prioridad los términos del certificado.
- Todos los procedimientos dentales realizados en conexión con el tratamiento de ortodoncia son pagaderos como Ortodoncia.
- Los beneficios para la colocación inicial no deben exceder el 20 % del Beneficio máximo de por vida para Ortodoncia. Las consultas de seguimiento periódicas se pagan mensualmente durante el curso programado del tratamiento de ortodoncia. Los gastos permitidos para la colocación inicial, las consultas de seguimiento periódicas y los procedimientos realizados en relación con el tratamiento de ortodoncia están todos sujetos al nivel de coseguro de Ortodoncia y al monto máximo del beneficio de por vida según se define en el Resumen del plan.
- Los beneficios de ortodoncia finalizan en el momento de la cancelación de la cobertura.

***Beneficios alternativos:** ante un problema dental para el que existan 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 por cualquier pago adicional. Para evitar cualquier malentendido, le sugerimos hablar sobre las opciones de tratamiento con su dentista antes de la prestación del servicio, y obtener una estimación de los beneficios previa al tratamiento, antes de recibir ciertos servicios de alto costo tales como coronas, puentes o prótesis. Usted y su dentista recibirán 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 monto que deberá desembolsar de su bolsillo. Los pagos reales pueden variar con respecto a la estimación previa al tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables al momento del pago.

Las categorías de servicios y limitaciones del plan que se indican arriba representan una descripción general de su Plan de Beneficios. Este documento presenta muchos servicios dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del Plan. Para obtener más información, consulte la descripción del Plan. En caso de que exista un conflicto con este resumen, tendrán prioridad los términos del certificado.

Como la mayoría de pólizas de seguro dental colectivo, las pólizas colectivas de MetLife contienen ciertas exclusiones, limitaciones y períodos de espera y términos para mantenerlas vigentes. El certificado de seguro establece todos los términos y provisiones del plan incluyendo todas las exclusiones y limitaciones.

© 2026 MetLife Services and Solutions, LLC

Servicios con cobertura seleccionados y límites de frecuencia*

Plan de menor cobertura

Tipo A: Prevención	Cuántos/Con qué frecuencia:
Exámenes bucales	2 en 12 meses
Exámenes centrados en un problema	2 en 12 meses
Full Mouth X-rays	1 in 36 months
Radiografías Bitewing o aleta de mordida (Adultos/Niños)	1 en 12 meses
Profilaxis: Limpiezas	2 en 12 meses
Aplicaciones tópicas de flúor	1 en 12 meses: Niños hasta 16 años
Selladores	1 en 36 meses: Niños hasta 16 años
Mantenedores de espacio	1 de por vida por diente área: Niños hasta la edad de 14
Tratamiento paliativo de emergencia	

Tipo B: Restauración básica	Cuántos/Con qué frecuencia:
Amalgamas y empastes compuestos	1 en 24 meses.
Cirugía bucal (extracciones simples)	

Tipo C: Restauración de importancia	Cuántos/Con qué frecuencia:
Coronas/incrustaciones/incrustaciones externas	1 por diente en 5 años
Coronas prefabricadas	1 por diente en 5 años
Reparaciones	1 en 12 meses
Tratamiento de conducto de endodoncia	1 por diente de por vida
Cirugía periodontal	1 en 24 meses por cuadrante
Raspado y alisado radicular periodontal	1 en 24 meses por cuadrante
Mantenimiento periodontal	2 en 1 año, incluye 2 limpiezas
Cirugía bucal (extracciones quirúrgicas)	
Otras cirugías bucales	
Puentes	1 en 5 años
Prótesis	1 en 5 años
Anestesia general	
Consultas	1 en 12 meses
Servicios de implantes	1 servicio por diente en 5 años - 1 reparación cada 5 años

***Beneficios alternativos:** ante un problema dental para el que existan 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 por cualquier pago adicional. Para evitar cualquier malentendido, le sugerimos hablar sobre las opciones de tratamiento con su dentista antes de la prestación del servicio, y obtener una estimación de los beneficios previa al tratamiento, antes de recibir ciertos servicios de alto costo tales como coronas, puentes o prótesis. Usted y su dentista recibirán 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 monto que deberá desembolsar de su bolsillo. Los pagos reales pueden variar con respecto a la estimación previa al tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables al momento del pago.

Las categorías de servicios y limitaciones del plan que se indican arriba representan una descripción general de su Plan de Beneficios. Este documento presenta muchos servicios dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del Plan. Para obtener más información, consulte la descripción del Plan. En caso de que exista un conflicto con este resumen, tendrán prioridad los términos del certificado.

Como la mayoría de pólizas de seguro dental colectivo, las pólizas colectivas de MetLife contienen ciertas exclusiones, limitaciones y períodos de espera y términos para mantenerlas vigentes. El certificado de seguro establece todos los términos y provisiones del plan incluyendo todas las exclusiones y limitaciones.

© 2026 MetLife Services and Solutions, LLC

No pagaremos beneficios de Seguro Dental por cargos incurridos por lo siguiente:

1. Servicios que no son dentalmente necesarios, aquellos que no sigan las normas de cuidado generalmente aceptadas para tratar una afección dental determinada, o que consideremos de naturaleza experimental.
2. Servicios por los que a usted no se le solicitaría pagar en ausencia de un Seguro Dental.
3. Servicios o suministros que usted o su dependiente haya recibido antes del comienzo del Seguro Dental para esa persona.
4. Servicios que son principalmente estéticos (en caso de ser residente de Texas, vea la sección de la página de notificaciones en su certificado).
5. Servicios que no son realizados ni prescritos por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por un higienista dental con licencia que son supervisados y facturados por un dentista y que son para:
   - raspado y pulido de dientes o
   - tratamientos con flúor.

   En el caso de los grupos ubicados en Nueva York, no se aplica esta exclusión.
6. Servicios o aparatos que restauren o modifiquen la oclusión o dimensión vertical.
7. Restauración de una estructura dentaria dañada por desgaste, abrasión o erosión.
8. Restauraciones o aparatos utilizados con el propósito de soporte periodontal.
9. Asesoramiento o instrucciones acerca de la higiene bucal, control de placa, nutrición y tabaco.
10. Suministros personales o artículos personales incluidos, entre otros: irrigadores orales, cepillos de dientes o hilo dental.
11. Decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
12. Citas perdidas.
13. 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
    - recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos u hospital de la Administración de Veteranos (VA).

      En el caso de los grupos ubicados en Carolina del Norte y Virginia, no se aplica esta exclusión.
14. Servicios pagados bajo la ley de compensación de los trabajadores, enfermedad ocupacional o la ley de responsabilidad del empleador de la siguiente manera:
    - para personas que tienen cobertura en Carolina del Norte para el tratamiento de una lesión o enfermedad ocupacional que se paga por la Ley de Compensación Laboral de Carolina del Norte en la medida que tales servicios sean responsabilidad del proveedor del seguro del empleado, del empleador o de la compensación laboral de acuerdo con un fallo definitivo según la Ley de Compensación Laboral de Carolina del Norte o una orden de la Comisión Industrial de Carolina del Norte que apruebe un acuerdo de liquidación según la Ley de Compensación Laboral de Carolina del Norte;
    - o para personas que no tienen cobertura en Carolina del Norte, los servicios pagados o a pagar bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional.

      Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Carolina del Norte.
15. Servicios:
    - por los cuales el empleador de la persona que recibe dichos servicios debe pagar; o
    - recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos u hospital de la Administración de Veteranos (VA)

      Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Carolina del Norte.
16. Servicios cubiertos bajo cualquier ley de compensación de los trabajadores, enfermedad ocupacional o responsabilidad del empleador para los cuales el empleado o dependiente recibió beneficios bajo esa ley.

    Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Virginia.
17. Servicios:
    - por los cuales no se exige pago alguno al empleador del beneficiario; o
    - recibidos en un centro mantenido por el titular de la póliza, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos, u hospital de la Administración de Veteranos (VA).

    Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Virginia.
18. Servicios cubiertos bajo otra cobertura brindada por el empleador.
19. Restauraciones temporales o provisorias.
20. Aparatos temporales o provisorios.
21. Medicamentos recetados.
22. Servicios para los cuales la documentación presentada indica un pronóstico poco favorable.
23. Los siguientes cuando son cobrados por el dentista por separado:
    - llenado 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.
24. Servicios dentales derivados de la lesión accidental de los dientes y estructuras de soporte, excepto lesiones de los dientes ocasionadas por masticar o morder alimentos.

    En el caso de los grupos ubicados en Nueva York, no se aplica esta exclusión.
25. Pruebas de susceptibilidad a las caries.
26. La colocación inicial de una prótesis fija y permanente para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
27. Otros servicios de prótesis fijas que no hayan sido descritos en ninguna parte de este certificado.
28. Accesorios de precisión, salvo los casos en que el accesorio esté relacionado con prótesis de implantes.

© 2026 MetLife Services and Solutions, LLC

29. Colocación inicial o reemplazo de una prótesis completa o extraíble para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
30. Incorporación de dientes a una prótesis parcial extraíble para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
31. Ajuste de una prótesis realizado dentro de los 6 meses posteriores a la colocación por el mismo dentista que la colocó
32. Implantes para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
33. Prótesis con implantes para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
34 Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos perjudiciales.[1]
35. Aparatos o tratamiento para el bruxismo (rechinar los dientes), que incluyen, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos.[1]
36. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ). Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.[1]
37. Servicios o aparatos de ortodoncia.[1]
38. Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.[1]
39. Dispositivos protésicos o aparatos duplicados.
40. Reemplazo de un aparato, restauración moldeada o prótesis perdidas o robadas.
41. Imágenes fotográficas intra y extrabucales.
42. Servicios o suministros prestados como resultado de una remisión prohibida por la Sección 1-302 del Artículo de Profesiones de la Salud de Maryland. Una remisión prohibida es cuando un Profesional de Atención Médica lo remite a una Entidad de Atención Médica en la que el profesional o un miembro de la familia inmediata del profesional o ambos tienen un Interés Beneficioso o tienen un Acuerdo de Compensación. A los efectos de esta exclusión, los significados de los términos “Remisión”, “Profesional de Atención Médica”, “Entidad de Atención Médica”, “Interés Beneficioso” y “Acuerdo de Compensación” son iguales a los brindados en la Sección 1-301 del Artículo de Profesiones de la Salud de Maryland. **Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Maryland**.

[1] Algunas de estas exclusiones pueden no ser aplicables. Consulte su Certificado de Seguro.

Como la mayoría de pólizas de seguro dental colectivo, las pólizas colectivas de MetLife contienen ciertas exclusiones, limitaciones y períodos de espera y términos para mantenerlas vigentes. El certificado de seguro establece todos los términos y provisiones del plan incluyendo todas las exclusiones y limitaciones.

© 2026 MetLife Services and Solutions, LLC

Preguntas frecuentes… respuestas importantes

¿Qué es un dentista participante?
Un dentista participante o de la red es un especialista o dentista general que ha acordado aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios prestados a los miembros del plan. Las tarifas negociadas usualmente oscilan entre 30% y 45% menos que las tarifas promedio que cobra la comunidad de dentistas por el mismo servicio o uno considerablemente similar.*

*Basado en análisis interno de MetLife. Tarifas negociadas se refieren a las tarifas que los dentistas participantes han acordado 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 cambios. Los ahorros de la inscripción en un plan de beneficios dentales dependerán de varios factores, que incluyen el costo del plan, la frecuencia con la que los miembros visitan a un dentista y el costo de los servicios prestados. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios.

¿Cómo encuentro un dentista participante del PDP?
Existen miles de dentistas generales y especialistas Nacional, de modo que pueda encontrar uno que alcance sus necesidades. Puede obtener una lista de estos dentistas participantes del PDP en línea en www.metlife.com/dental o llamar al 1-800-GET-MET8 para solicitar que le envíen una lista por fax o correo.

¿Qué servicios cubre mi plan?
Consulte su Certificado de Seguro si desea ver una lista de los servicios cubiertos.

¿El Programa de Dentista Preferido ofrece algún descuento en los servicios que no están cubiertos?
Las tarifas negociadas pueden extenderse a los servicios no cubiertos por su plan y los servicios recibidos después de alcanzar el monto máximo del plan, siempre que lo permita la ley estatal respectiva. De ser así, será únicamente responsable por la tarifa negociada.

*Las tarifas negociadas son susceptibles de cambios. Las tarifas negociadas para los servicios no cubiertos no se aplican en todos los estados.

¿Puedo elegir a un dentista no participante?
Sí. Siempre está en libertad de seleccionar un dentista de su elección. Sin embargo, si elije un dentista no participante (fuera de la red), es posible que sus costos de bolsillo sean mayores que sus costos de bolsillo cuando visita a un dentista dentro de la red.

¿Puede mi dentista solicitar su participación en la red?
Sí. Si su dentista actual no participa en la red y quiere alentarlo para que realice la solicitud, pídale a su dentista que visite www.metdental.com o llame al 1-866-PDP-NTWK para realizar la solicitud.* El sitio web y el número de teléfono son únicamente para uso de dentistas profesionales.

* Debido a requisitos contractuales, MetLife no puede hacer ofertas a ciertos proveedores.

¿Cómo se procesan los reclamos?
Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, es decir, usted prácticamente no tendrá que hacer trámites. Puede realizar un seguimiento de sus reclamos en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando un reclamo haya sido procesado. Si necesita un formulario de reclamo, visite www.metlife.com/dental o solicite uno llamando al 1-800-GET-MET8.

¿Puedo obtener un estimado de lo que serán mis gastos de desembolso directo antes de recibir un servicio?
Sí. Puede solicitar un cálculo estimativo previo al tratamiento. Su dentista general o especialista generalmente envía a MetLife un plan para su cuidado y solicita un cálculo estimativo de los beneficios. El cálculo estimativo le ayuda a prepararse para el costo de los servicios dentales. Le recomendamos solicitar un cálculo estimativo previo al tratamiento para los servicios que excedan los $300. Tan solo pida a su dentista que envíe una solicitud en línea en www.metdental.com o llame al 1-877-MET-DDS9. Usted y su dentista recibirán un cálculo estimativo de los beneficios para la mayoría de los procedimientos mientras se encuentre en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos, deducibles, frecuencias máximas del plan y otras condiciones vigentes en el momento del pago.

¿Cómo puedo saber qué cobran los dentistas en mi área por diferentes procedimientos?
Si tiene MyBenefits, puede acceder a la Herramienta de Costos de Procedimientos Dentales. Puede utilizar la herramienta para buscar tarifas promedio para los servicios dentales dentro y fuera de la red en su área.* Encontrará tarifas para servicios como exámenes, limpiezas, empastes, coronas y más. Tan solo regístrese en www.metlife.com/mybenefits.

* La aplicación de la Herramienta de Costos de Procedimientos dentales es proporcionada por go2dental.com. Inc., un proveedor independiente. MetLife proporciona la información de los costos de la red a go2dental.com y no está disponible para proveedores que participan con MetLife a través de otra empresa. La información de los costos fuera de la red es proporcionada por go2dental.com. Esta herramienta no provee la información sobre pagos usada por MetLife al procesar sus reclamos. Antes de recibir los servicios, las estimaciones previas al tratamiento que solicite a su dentista le darán la información más precisa sobre cargos y pagos.

© 2026 MetLife Services and Solutions, LLC

¿Puede ayudarme MetLife a encontrar un dentista fuera de los EE. UU. si estoy viajando?

Sí. A través de los servicios de asistencia dental en 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 asistencia inmediata hasta que pueda consultar a su dentista. La cobertura se considera según sus beneficios fuera de la red.** Recuerde conservar todos los recibos para enviar un reclamo dental.

*Los servicios de Asistencia dental en viajes internacionales son prestados por AXA Assistance USA, Inc., que proporciona únicamente servicios de remisión dental. AXA Assistance no está asociado a MetLife, y los servicios y los beneficios que proporciona son separados e independientes del seguro proporcionado por MetLife. Los servicios de remisión no se encuentran disponibles en todas las ubicaciones.

** Consulte su Certificado de Seguro para ver su cobertura dental fuera de la red.

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

Las disposiciones de coordinación de beneficios en los planes de beneficios dentales consisten en un conjunto de reglas que se aplican cuando un paciente está cubierto por 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 el importe total de los beneficios que normalmente estarían disponibles con el plan. Si el plan de MetLife es secundario, la mayoría de las disposiciones de coordinación de beneficios estipulan que MetLife debe calcular los beneficios después de que se hayan calculado en el plan primario. El importe que pagará MetLife en concepto de beneficios puede ser menor, debido al pago de beneficios del plan primario.

¿Necesito una tarjeta de identificación?

No, no necesita presentar una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Debe informar a su dentista que se inscribió en el Programa de Dentista Preferido (Preferred Dentist Program) de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información acerca de su cobertura a través de un sistema de respuesta automática de voz computarizado gratuito.

Mis dependientes, ¿tienen que consultar al mismo dentista que yo elija?

No, usted y sus dependientes tienen cada uno la libertad de elegir cualquier dentista.

Si no me inscribo durante el período de inscripción inicial, ¿podré adquirir el seguro dental en el futuro?

Sí, los empleados que no optan por una cobertura durante el período de inscripción pueden elegir cobertura en otro momento. La cobertura dental estaría sujeta a los siguientes períodos de espera.

- Sin período de espera para los servicios preventivos
- 6 meses para restauración básica (empastes)
- 12 meses para todos los otros servicios básicos
- 24 meses para los servicios de importancia
- 24 meses para los servicios de ortodoncia (si corresponde)

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

Al igual que la mayoría de los programas de beneficios colectivos, los programas de beneficios colectivos de Metlife contienen determinadas exclusiones, períodos de espera, reducciones y términos para mantener su vigencia.
El certificado de seguro establece los términos y disposiciones del plan, incluidas las exclusiones y limitaciones.

© 2026 MetLife Services and Solutions, LLC

CALIFORNIA HEALTHCARE LANGUAGE ASSISTANCE PROGRAM
NOTICE TO INSUREDS

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card, if any, or 1-800-942-0854. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357.
To receive a copy of the attached MetLife document translated into Spanish or Chinese, please mark the box by the requested language statement below, and mail the document with this form to:
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
Please indicate to whom and where the translated document is to be sent.

☐ **Servicio de Idiomas Sin Costo.** Puede obtener la ayuda de un intérprete. Se le pueden leer documentos y enviar algunos en español. Para recibir ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación, si tiene una, o al 1-800-942-0854. Para recibir ayuda adicional llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357.
Para recibir una copia del documento adjunto de MetLife traducido al español, marque la casilla correspondiente a esta oración, y envíe por correo el documento junto con este formulario a:
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
Por favor, indique a quién y a dónde debe enviarse el documento traducido.
NOMBRE_____

DIRECCIÓN_____

☐ **免費語言服務。**您可獲得免費口譯服務。您可要求翻譯員向你口譯文件，或可要求向你發回文件的中文譯本。如需協助，請致電您的ID卡上所示號碼（如有），或 1-800-942-0854。如需更多協助，請致電加州保險部熱線1-800-927-4357。
爲收取隨附MetLife文件的中文譯本，請勾選此陳述前的方框，並將文件連同此表一併郵寄至：
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
請指明經翻譯文件收件人的姓名及地址。
姓名_____

地址_____

Անվճար թարգմանչական ծառայություններ: Ձեզ կտրամադրվի հայերենի թարգմանիչ, որի օգնությամբ կարող եք հայերենով կարդալ փաստաթղթերը: Հարցնրի դեպքում զանգահարեք մեզ Ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ 1-800-942-0854: Առավել մանրամասն տեղեկատվության համար զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրական Դեպարտամենտ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով:

** សេវាបកប្រែភាសាឥតគិតថ្លៃ ។** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែម្នាក់ និងឱ្យគេអានឯកសារនានាឱ្យអ្នកស្តាប់ជាភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខដែលមានចុះនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នកប្រសិនបើមាន ឬ តាមលេខ 1-800-942-0854 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CA Dept. of Insurance) តាមលេខ 1-800-927-4357 ។

Kev pab txhais lus tsis kom them nqi. Koj thov tau kom nrhiav neeg txhais lus thiab nyeem ntaub ntawv hais ua lus Hmoob rau koj mloog. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj sau hauv koj daim npav ID, yog muaj, lossis 1-800-942-0854. Yog xav kom pab lwm yam hu rau lub CA Hauv Paus lv-saws-las ntawm 1-800-927-4357.

無料の通訳サービス。通訳を通して日本語で文書を読み上げてもらうことができます。サービスの利用をご希望の方は、お手持ちの ID カードに記載されている番号、または 1-800-942-0854 へお電話ください。さらなる支援が必要な場合は、カリフォルニア州保険庁 1-800-927-4357 までお問い合わせください。

무료 통역 서비스. 통역자가 문서를 한국어로 읽어드릴 수 있습니다. 도움이 필요하시면, 귀하의 ID 카드에 있는 번호나 1-800-942-0854 로 전화하십시오. 다른 도움이 필요하시면, 전화번호 1-800-927-4357 로 캘리포니아 보험국에 연락하여 주십시오.

Бесплатные услуги устного перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, который прочитает вам документы на русском языке. Чтобы получить помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке, если у вас она есть, либо по номеру 1-800-942-0854. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в горячую линию Департамента страхования (CA Dept. of Insurance) 1-800-927-4357.

Libreng serbisyo sa pagsasalin. Maaari kang kumuha ng tagasalin para basahin sa iyo ang mga dokumento sa wikang Tagalog. Para ikaw ay matulungan, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, kung mayroon man, o sa numerong 1-800-942-0854. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa numerong 1-800-927-4357.

Dịch vụ thông dịch miễn phí. Quý vị có thể tìm một thông dịch viên và nhờ đọc các tài liệu này cho quý vị bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, gọi cho chúng tôi tại số nêu trên thẻ ID của quý vị, nếu có, hoặc 1-800-942-0854. Để được giúp đỡ thêm gọi cho Ban Bảo Hiểm CA tại số 1-800-927-4357.

لا تتوفر خدمات ترجمة بتكلفة. يمكنك الاتصال بمترجم والحصول على خدمة قراءة المستندات باللغة العربية. للمساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو اتصل بالرقم 1-800-942-0854. ولمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمينات التابع لـ CA على الرقم 1-800-927-4357.

سرویس های ترجمه رایگان. شما می توانید مترجم و اسنادی را به زبان فارسی برای مطالعه دریافت کنید. برای راهنمایی،از طریق شماره درج شده در کارت شناسایی خود (در صورت وجود) با شماره 1-800-942-0854 با ما تماس بگیرید. برای راهنمایی بیشتر با بخش بیمه کالیفرنیا 1-800-927-4357 تماس بگیرید.

بلا معاوضہ مترجم دی خدمات مل سکدی اے۔ تُسی ایک مترجم دی خدمات حاصل کرسکدے او جو توڈے واسطے دستاویزات پنجابی وچ پڈ سکدا اوے۔ مدد واسطے اپڑیں آئی ڈی کارڈ، گرہوتو دے وچ نمبر یا 1-800-942-0854 پہ کال کرو۔ آگے مزید مدد واسطے اے نمبر 1-800-927-4357 پہ سی اے ڈیپارٹمنٹ برائے انشورنس نال گال کرو۔