

# Health Net Dental PPO<sup>1</sup>

## DPPO ESSENTIAL 5 1500

### Características clave de Dental PPO

- Los servicios de endodoncia, periodoncia y cirugía oral están cubiertos conforme a Servicios Generales.
- No hay período de espera para ningún servicio cubierto.
- Las embarazadas son elegibles para recibir servicios adicionales durante su segundo y tercer trimestre, si

simplemente solicitan a sus dentistas que registren el embarazo, la fecha de parto y el nombre del médico a cargo o del obstetra en el formulario de reclamos dentales (consulte Atención Dental Prenatal).

- Usted recibe el monto total del máximo de por vida para ortodoncia, aun cuando haya comenzado el tratamiento conforme al plan dental de PPO de otra compañía de seguros.



Descripción del beneficio	Beneficios del plan <sup>2</sup>	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED <sup>3</sup>
<b>Máximo por año calendario</b>	\$1,500	
<b>Deducible</b>	\$50 individual / \$150 familiar	\$75 individual / \$225 familiar
<b>Servicios preventivos</b> (examen bucal inicial/de rutina, limpieza dental y eliminación del sarro de rutina, tratamiento con fluoruro, sellador [niños menores de 16 años], separadores, rayos X como parte de un examen general, examen de emergencia)	100%, sin deducible	
<b>Atención dental prenatal</b> Si es médicamente necesario, las mujeres que se encuentran en su segundo y tercer trimestre de embarazo son elegibles para recibir los servicios adicionales de profilaxis, limpieza profunda, desbridamiento y mantenimiento periodontal (los gastos cubiertos no se aplican al máximo por año calendario)	100%, sin deducible	
<b>Servicios generales</b> (empastes, anestesia general, cirugía oral, periodoncia, endodoncia)	80% después del deducible	
<b>Servicios principales</b> (coronas, puentes fijos y extraíbles, dentaduras postizas completas y parciales)	50% después del deducible	
<b>Ortodoncia</b> (niños y adultos)	50% después del deducible/\$1,500 de máximo de por vida	



La amplia red de proveedores dentales de PPO, que se extiende a nivel nacional y por todo el estado, puede encontrarse en línea en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o llamando al **1-866-249-2382**.

<sup>1</sup>Los planes Health Net Dental PPO están asegurados por Unimerica Life Insurance Company. Las obligaciones de Unimerica Life Insurance Company no son las obligaciones de Health Net, Inc., ni de sus compañías afiliadas, ni están garantizadas por ellas.

<sup>2</sup>Éste es sólo un resumen de los beneficios. Consulte el Certificado de Cobertura si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, incluyendo los servicios que están limitados o excluidos de la cobertura.

<sup>3</sup>Los beneficios fuera de la red se reembolsan de acuerdo con los montos Habituales, Acostumbrados y Razonables (por sus siglas en inglés, UCR) según lo determinado por Fair Health, Inc.

Health Net Life Insurance Company es una subsidiaria de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.

# Exclusiones y Limitaciones

## Exclusiones generales

No está cubierto lo siguiente:

- Servicios dentales que no son necesarios.
- Cargos de internación u otros cargos del centro.
- Cualquier procedimiento dental realizado únicamente con fines cosméticos/estéticos. (Los procedimientos cosméticos son aquellos que mejoran la apariencia física).
- Cirugía reconstructiva independientemente de si la cirugía está relacionada con una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental, en la que el objetivo principal es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada.
- Cualquier procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
- Cualquier procedimiento no realizado en un centro dental.
- Procedimientos que se consideran experimentales, de investigación o no probados. Esto incluye los regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no probado sea el único tratamiento disponible para una afección en particular, no posibilitará la cobertura si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no probado en el tratamiento de esa afección en particular.
- Servicios para lesiones o afecciones cubiertas por leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales o leyes de responsabilidad del empleador, y servicios que son proporcionados sin costo para la persona cubierta por un municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
- Gastos por procedimientos dentales que comenzaron antes de que la persona cubierta se convierta en afiliado conforme a la Póliza.
- Servicios dentales cubiertos de otro modo conforme a la Póliza, pero prestados después de la fecha de terminación de la cobertura individual conforme a la Póliza, incluyendo servicios dentales para afecciones dentales surgidas antes de la fecha de terminación de la cobertura individual conforme a la Póliza.
- Servicios prestados por un proveedor con el mismo domicilio legal que una persona cubierta o que sea familiar de una persona cubierta, incluyendo cónyuge, hermano/a, padre, madre o hijo/a.
- Los servicios recibidos en el extranjero no están cubiertos a menos que se requieran como una emergencia.
- Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas y extraíbles, o coronas si el daño o la rotura están relacionados directamente con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido a la falta de cumplimiento del paciente, el paciente es responsable del costo del reemplazo.
- Procedimientos de restauración de prostodoncia fija o extraíble para la rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
- Aditamentos de prótesis convencionales extraíbles o puentes fijos. Incluyen aditamentos de precisión o semiprecisión relacionados con dentaduras postizas parciales, soportes de puentes o coronas, dentaduras postizas de encaje completas o parciales, cualquier aditamento interno relacionado con una prótesis implantada, y cualquier procedimiento de endodoncia electivo relacionado con un diente o raíz que forme parte de la construcción de una prótesis de esta naturaleza.

- Procedimientos relacionados con la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (por sus siglas en inglés, VDO) correcta de un paciente.
- Colocación de dentaduras postizas parciales fijas, únicamente con el objetivo de lograr la estabilidad periodontal.
- Tratamiento de neoplasmas, quistes u otras patologías de naturaleza benigna que incluyan lesiones benignas, excepto la extracción por medios quirúrgicos. Tratamiento de neoplasmas malignos o anomalías congénitas del tejido duro o blando, incluyendo la extirpación.
- Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación de tejidos duros del esqueleto facial.
- Servicios relacionados con la articulación temporomandibular (por sus siglas en inglés, TMJ), tanto bilaterales como unilaterales. Cirugía de la mandíbula superior e inferior (incluyendo la cirugía relacionada con la articulación temporomandibular). No se proporciona cobertura para alineación de la mandíbula mediante cirugía ortognática ni para el tratamiento de la articulación temporomandibular.
- Acupuntura, acupresión y otras formas de tratamiento alternativo, ya sea que se utilicen o no como anestesia.
- Medicinas/medicamentos que se obtienen con o sin receta médica, a menos que sean despachados y utilizados durante la visita del paciente al consultorio dental.
- Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
- Protectores oclusales utilizados como artículos de seguridad o para modificar el rendimiento, principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
- Servicios dentales recibidos como resultado de una enfermedad o lesión producto de una guerra o un acto de guerra, declarado o no declarado, o que sea causada durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.

La cobertura de ortodoncia no incluye la colocación de un separador, ningún tratamiento relacionado con el tratamiento de la articulación temporomandibular, ningún procedimiento quirúrgico para corregir una oclusión dental defectuosa, el reemplazo de retenedores y/o aparatos de hábitos rotos o extraviados, ni ningún aparato interceptivo de ortodoncia que sea fijo o extraíble, presentados previamente para el pago conforme al plan.

## Limitaciones generales

- **Evaluación bucal periódica** Limitada a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
- **Serie completa o radiografías panorex** Limitadas a 1 vez cada 36 meses consecutivos. Se hará una excepción a este límite para las radiografías panorex que se tomen para el diagnóstico de terceros molares, quistes o neoplasmas.
- **Radiografías de aleta de mordida** Limitadas a 1 serie de placas por año calendario.
- **Radiografías extrabucales** Limitadas a 2 placas por año calendario.
- **Profilaxis dental** Limitada a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
- **Tratamientos con fluoruro** Limitados a las personas cubiertas menores de 16 años y limitados a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
- **Separadores** Limitados a las personas cubiertas menores de 16 años y limitados a 1 cada 60 meses consecutivos. El beneficio incluye todos los ajustes realizados dentro de los 6 meses de la colocación.
- **Selladores** Limitados a las personas cubiertas menores de 16 años y a una vez por cada primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos.

- **Restauraciones** Las restauraciones múltiples en una única superficie se tratarán como un solo empaste.
- **Retención del perno** Limitada a 2 pernos por diente; sin cobertura como complemento de la restauración del modelo.
- **Incrustaciones y recubrimientos** Limitados a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubiertos sólo cuando el diente no se puede restaurar con un empaste.
- **Coronas** Limitadas a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubiertas sólo cuando el diente no se puede restaurar con un empaste.
- **Espiga y muñones** Cubiertos sólo para los dientes que han tenido un tratamiento de conducto.
- **Empastes sedantes** Cubiertos como un beneficio aparte sólo si no se realizó ningún otro servicio, que no sean rayos X y examen, en el mismo diente durante la consulta.
- **Eliminación del sarro y alisamiento radicular** Limitados a 1 vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos.
- **Mantenimiento periodontal** Limitado a 2 veces cada 12 meses consecutivos después de una terapia periodontal activa y complementaria, sin incluir desbridamiento macroscópico.
- **Dentaduras postizas completas** Limitadas a 1 vez cada 60 meses consecutivos. Sin asignaciones adicionales para aditamentos de precisión o semiprecisión.
- **Dentaduras postizas parciales** Limitadas a 1 vez cada 60 meses consecutivos. Sin asignaciones adicionales para aditamentos de precisión o semiprecisión.
- **Reajuste y readaptación de la base de dentaduras postizas** Limitados al reajuste/a la readaptación de la base que se realiza más de 6 meses después de la inserción inicial. Limitados a 1 vez cada 12 meses consecutivos.
- **Reparaciones de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, puentes** Limitadas a las reparaciones o los ajustes que se realizan más de 12 meses después de la inserción inicial. Limitadas a 1 cada 6 meses consecutivos.
- **Tratamiento paliativo** Cubierto como un beneficio aparte sólo si no se realizó ningún otro servicio, que no sean el examen y las radiografías, en el mismo diente durante la consulta.
- **Protectores oclusales** Limitados a 1 protector cada 36 meses consecutivos y sólo si se recetan para controlar la abrasión dental habitual.
- **Desbridamiento de boca completa** Limitado a 1 vez cada 36 meses consecutivos.
- **Anestesia general** Cubierta sólo cuando es clínicamente necesaria.
- **Injertos óseos** Limitados a 1 por cuadrante o lugar cada 36 meses consecutivos.
- **Cirugía periodontal** Las cirugías periodontales de tejido duro y tejido blando se limitan a 1 por cuadrante o sitio cada 36 meses consecutivos por cada zona quirúrgica.
- **Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles, coronas, incrustaciones o recubrimientos** El reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles, coronas, incrustaciones o recubrimientos, que se haya presentado previamente para el pago conforme al plan, se limita a 1 vez cada 60 meses consecutivos a partir de la colocación inicial o suplementaria. Esto incluye retenedores, aparatos de hábitos y cualquier aparato de ortodoncia interceptiva que sea fijo o extraíble.

Health Net Life Insurance Company (Health Net) cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad sexual, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-800-522-0088 (TTY: 711)**

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación, puede presentar una queja formal llamando al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal; el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja formal por correo:

Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo electrónico: [Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Personas Cubiertas) o [Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com](mailto:Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com) (Solicitantes)

Para presentar una queja, puede llamar al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 o visitar <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>. Si considera que se le ha discriminado por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (por sus siglas en inglés, OCR), de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la OCR, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**English**

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 or call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Arabic**

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية، أو اتصل على مركز الاتصال التجاري (TTY: 711) 1-800-522-0088

**Armenian**

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Chinese**

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。

**Hindi**

बना लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711)।

**Hmong**

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Xav tau kev pab, hu peb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav los yog hu 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Japanese**

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088 (TTY: 711)。

**Khmer**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូម ទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្ម នៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

**Korean**

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하십시오 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Navajo**

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hólq. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néího'dólzínígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáá' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Persian (Farsi)**

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی . 1-800-522-0088 (TTY: 711)

**Panjabi (Punjabi)**

ਬਨਿਾਂ ਕਸਿ ਲਾਗਤ ਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Russian**

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Spanish**

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตาม หมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711)

**Vietnamese**

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).