

Classic 4 1500¹

El objetivo de esta matriz es que se la use como ayuda para comparar sus beneficios de cobertura, pero es solo un resumen. Para obtener una descripción detallada de los beneficios y las limitaciones de la cobertura, se debe consultar el *Evidencia de Cobertura*.

Procedimientos cubiertos (lista parcial)	Responsabilidad del afiliado	
	(dentro de la red)	(fuera de la red) ²
Máximo por año calendario que paga el plan	\$1500	
Deducible	\$50 individual/\$150 familiar	\$75 individual/\$225 familiar
Servicios de diagnóstico		
D0120 Evaluación bucal periódica	\$0 (sin ded.)	\$0 (sin ded.)
D0150 Evaluación bucal integral	\$0 (sin ded.)	\$0 (sin ded.)
D0210 Rayos X intrabucales – serie completa	\$0 (sin ded.)	\$0 (sin ded.)
Servicios preventivos		
D1110 Profilaxis (2 limpiezas por año) – adulto	\$0 (sin ded.)	\$0 (sin ded.)
D1110 Profilaxis adicional (máximo de 2 adicionales por año) – adulto	Sin cobertura	Sin cobertura
D1206 Aplicación tópica de fluoruro	\$0 (sin ded.)	\$0 (sin ded.)
Atención Dental prenatal		
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)	\$0 (sin deducible)	\$0 (sin deducible)
Tratamiento de restauración		
D2150 Amalgama (empaste de plata) – dos superficies	20% (después del ded.)	20% (después del ded.)
D2331 Compuesto (empaste blanco) – dos superficies, anterior	20% (después del ded.)	20% (después del ded.)
D2392 Compuesto (empaste blanco) – dos superficies, posterior	20% (después del ded.)	20% (después del ded.)
Coronas y pónicos		
D2751 Corona – porcelana fundida con metal predominantemente básico	50% (después del ded.)	50% (después del ded.)
D2962 Carilla labial (laminado de porcelana) – en el laboratorio	50% (después del ded.)	50% (después del ded.)
Endodoncia		
D3320 Tratamiento de conducto – bicúspide (excluyendo la restauración final)	20% (después del ded.)	20% (después del ded.)
D3330 Tratamiento de conducto – molar (excluyendo la restauración final)	20% (después del ded.)	20% (después del ded.)
Periodoncia		
D4341 Eliminación del sarro y alisamiento radicular periodontal – 4 dientes o más, por cuadrante	20% (después del ded.)	20% (después del ded.)
Prostodoncia		
D5110 Dentadura postiza completa – superior	50% (después del ded.)	50% (después del ded.)
Implantes		
D6010 Colocación quirúrgica del cuerpo del implante – endosteal	Sin cobertura	Sin cobertura
Cirugía Oral		
D7220 Extracción de diente impactado – tejido blando	20% (después del ded.)	20% (después del ded.)
Ortodoncia		
D8070-90 Tratamiento integral de ortodoncia – adulto o niño	Sin cobertura	Sin cobertura
Otros servicios generales		
D9972 Blanqueo externo (blanqueamiento de los dientes) – por arco	Sin cobertura	Sin cobertura

¹Los 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.

²Los beneficios fuera de la red se reembolsan según una lista de cuotas limitadas.