

## Essential 10 3000<sup>1</sup>

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) <sup>2</sup>   |
| <b>Máximo por año calendario que paga el plan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$3,000                                             |                                  |
| <b>Deducible</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$25 individual/ \$75 familiar                      | \$50 individual / \$150 familiar |
| <b>Servicios de diagnóstico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                                  |
| D0120 Evaluación bucal periódica                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$0 (sin ded.)                                      | \$0 (sin ded.)                   |
| D0150 Evaluación bucal integral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 (sin ded.)                                      | \$0 (sin ded.)                   |
| D0210 Rayos X intrabucal – serie completa                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0 (sin ded.)                                      | \$0 (sin ded.)                   |
| <b>Servicios preventivos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                                  |
| D1110 Profilaxis (2 limpiezas por año) – adulto                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 (sin ded.)                                      | \$0 (sin ded.)                   |
| D1110 Profilaxis adicional (máximo de 2 adicionales por año) – adulto                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0 (sin ded.)                                      | Sin cobertura                    |
| D1206 Aplicación tópica de fluoruro                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0 (sin ded.)                                      | \$0 (sin ded.)                   |
| <b>Atención Dental prenatal</b><br>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 ded.)                                      | \$0 (sin ded.)                   |
| <b>Tratamiento de restauración</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                  |
| 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.)           |
| <b>Coronas y puentes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     |                                  |
| 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.)           |
| <b>Endodoncia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                  |
| 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.)           |
| <b>Periodoncia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                  |
| D4341 Eliminación del sarro y alisamiento radicular periodontal – 4 dientes o más, por cuadrante                                                                                                                                                                                                                                               | 20% (después del ded.)                              | 20% (después del ded.)           |
| <b>Prostodoncia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                                  |
| D5110 Dentadura postiza completa – superior                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 50% (después del ded.)                              | 50% (después del ded.)           |
| <b>Implantes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                  |
| D6010 Colocación quirúrgica del cuerpo del implante – endosteal                                                                                                                                                                                                                                                                                | 50% (después del ded.)                              |                                  |
| <b>Cirugía Oral</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                                  |
| D7220 Extracción de diente impactado – tejido blando                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 20% (después del ded.)                              | 20% (después del ded.)           |
| <b>Ortodoncia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                  |
| D8070-90 Tratamiento integral de ortodoncia – adulto o niño                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 40%, después del ded.<br>\$3,000 máximo de por vida |                                  |
| <b>Otros servicios generales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                  |
| D9972 Blanqueo externo (blanqueamiento de los dientes) – por arco                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sin cobertura                                       | Sin cobertura                    |

<sup>1</sup> Los planes Health Net Dental HMO son ofrecidos y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). Las obligaciones de DBP no son las obligaciones de Health Net, Inc. ni de sus compañías afiliadas, ni están garantizadas por ellas.

<sup>2</sup> Los beneficios fuera de la red se reembolsan según una lista de cuotas limitadas.

# Exclusiones y Limitaciones

## Planes Classic y Essential

### Exclusiones Generales

1. Servicios dentales que no son necesarios.
2. Cargos de internación u otros cargos del centro.
3. Cualquier procedimiento dental realizado únicamente con fines cosméticos/estéticos. (Los procedimientos cosméticos son aquellos que mejoran la apariencia física).
4. 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.
5. Cualquier procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Cualquier procedimiento dental no realizado en un centro dental.
7. 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.
8. Colocación de implantes dentales—soportes y prótesis con apoyo en implantes.
9. 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.
10. 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.
11. Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación de tejidos duros del esqueleto facial.
12. 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.
13. Reemplazo de dentaduras postizas completas, y 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.
14. 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.
15. Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
16. Gastos por procedimientos dentales que comenzaron antes de que la persona cubierta se inscriba en la póliza.
17. Procedimientos de restauración de prostodoncia fija o extraíble para la rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
18. 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.
19. Procedimientos relacionados con la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (por sus siglas en inglés, VDO) correcta de un paciente.
20. Protectores oclusales utilizados como artículos de seguridad o para modificar el rendimiento, principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
21. Colocación de dentaduras postizas parciales fijas, únicamente con el objetivo de lograr la estabilidad periodontal.
22. 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.
23. 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.
24. Acupuntura, acupresión y otras formas de tratamiento alternativo, ya sea que se utilicen o no como anestesia.
25. 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.
26. En caso de que un dentista que no pertenece a la red habitualmente anule los copagos y/o el deducible por un servicio dental en particular, el servicio dental para el cual se anulan los copagos y/o el deducible se reduce en el monto anulado por el proveedor que no pertenece a la red.
27. Los servicios recibidos en el extranjero no están cubiertos a menos que se requieran como una emergencia.
28. 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.
29. Cualquier servicio o procedimiento dental no enumerado en el Programa de Servicios Dentales Cubiertos.

### Limitaciones

1. Los servicios dentales están cubiertos para el tratamiento menos costoso clínicamente aceptado. (Los compuestos posteriores y las restauraciones de oro laminado son automáticamente un beneficio alternativo a los empastes de amalgama; las coronas y los pónicos de metal muy noble son automáticamente un beneficio alternativo a las coronas y los pónicos de metal noble).
2. Las evaluaciones bucales (códigos de la Asociación Dental Americana [ADA] D0120–D0180) están cubiertas como un beneficio aparte solo si no se realizó ningún otro servicio durante la consulta, que no sean profilaxis y rayos X. Limitadas a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
3. Los rayos X intrabucales—series completas, rayos X de aleta de mordida verticales y radiografías panorex (códigos de la ADA D0210, D0277 y D0330) se limitan a 1 vez cada 36 meses consecutivos. Se hará una excepción al límite de 36 meses para las radiografías panorex que se tomen para el diagnóstico de terceros molares, quistes o neoplasmas. Los rayos X de aleta de mordida verticales no se pueden facturar conjuntamente con una serie completa.
4. Las radiografías extrabucales (códigos de la ADA D0250 y D0251) se limitan a 2 películas por año del plan.
5. Los rayos X de aleta de mordida (códigos de la ADA D0270, D0272, D0273 y D0274) se limitan a 1 serie de películas por año del plan.
6. El examen de detección del cáncer oral (Prueba complementaria anterior al diagnóstico que ayuda a detectar anomalías de la mucosa, incluyendo lesiones premalignas y malignas, sin incluir procedimientos de citología o de biopsia) (código de la ADA D0431) se limita a 1 vez cada 12 meses consecutivos.
7. La profilaxis dental (códigos de la ADA D1110 y D1120) se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
8. Los moldes de diagnóstico (código de la ADA D0470) se limitan a 1 vez cada 24 meses consecutivos.

1. El tratamiento con fluoruro (códigos de la ADA D1208 y D1206) se limita a las personas cubiertas menores de 16 años y se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos. El tratamiento se debe realizar conjuntamente con la profilaxis dental.
2. Los selladores (código de la ADA D1351) se limitan a las personas cubiertas menores de 16 años y a una vez por cada primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos.
3. Los separadores (códigos de la ADA D1510, D1515, D1516, D1517, D1520, D1525, D1526 y D1527) se limitan a las personas cubiertas menores de 16 años, una vez cada 60 meses consecutivos. El beneficio incluye todos los ajustes realizados dentro de los 6 meses de la colocación.
4. La recementación de separadores (código de la ADA D1550) se limita a 1 cada 6 meses consecutivos después de la inserción inicial.
5. Las restauraciones múltiples en una única superficie (códigos de la ADA D2140, D2330 y D2391) se tratarán como un solo empaste.
6. La retención del perno (código de la ADA D2951) se limita a 2 pernos por diente; sin cobertura como complemento de la restauración del molde. (La restauración del molde se define como coronas, incrustaciones y recubrimientos).
7. Las incrustaciones (códigos de la ADA D2510–D2530, D2610–D2630, D2650–D2652) y los recubrimientos (códigos de la ADA D2542–D2544, D2642–D2644, D2662–D2664) se limitan a una vez cada 60 meses consecutivos. Cubiertas solo cuando el diente no se puede restaurar con un empaste.
8. Recementación de incrustaciones/recubrimientos, coronas, puentes, así como espiga y muñón. Limitada a aquellas que se realizan más de 12 meses después de la inserción inicial.
9. Las coronas (códigos de la ADA D2390, D2710–D2792, D2794, D2799, D2930–D2934, D6205 y D6794) se limitan a 1 cada 60 meses consecutivos. Cubiertas solo cuando el diente no se puede restaurar con un empaste.
10. La corona de acero inoxidable prefabricada con revestimiento estético (código de la ADA D2934) se limita a los dientes primarios anteriores y tiene un límite de frecuencia de 1 cada 60 meses consecutivos (rango de dientes C–H y M–R).
11. Las espigas y los muñones (códigos de la ADA D2952–D2954 y D2957) están cubiertos solo para los dientes que han tenido un tratamiento de conducto.
12. Los empastes sedantes (código de la ADA D2940) están cubiertos como un beneficio aparte solo si no se realizó ningún otro servicio, que no sean rayos X y examen, en el mismo diente durante la consulta.
13. La pulpotomía terapéutica (código de la ADA D3220) y la terapia pulpar (empaste reabsorbible) (códigos de la ADA D3230 y D3240) se limitan a 1 vez por diente de por vida.
14. El desbridamiento de la pulpa (código de la ADA D3221) se limita a 1 vez por diente de por vida. Sin cobertura en el mismo día que otros servicios de endodoncia.
15. El tratamiento de conducto (códigos de la ADA D3310–D3333) se limita a 1 por diente de por vida. El dentista que realizó el tratamiento de conducto original no debería recibir un reembolso por la repetición del tratamiento durante los primeros 12 meses.
16. La apicectomía y el empaste retrógrado (códigos de la ADA D3410, D3421, D3425, D3426 y D3430), la resección/amputación de la raíz (código de la ADA D3450) y la apexificación (códigos de la ADA D3351, D3352 y D3353) se limitan a 1 vez por diente de por vida.
17. La hemisección (código de la ADA D3920) se limita a 1 vez por diente de por vida.
18. La eliminación del sarro y el alisamiento radicular (códigos de la ADA D4341 y D4342) se limitan a 1 vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos.
19. La administración localizada de agentes antimicrobianos (código de la ADA D4381) se limita a 3 por cuadrante o 12 sitios en total para las bolsas refractarias o conjuntamente con la eliminación del sarro y el alisamiento radicular periodontal (códigos de la ADA D4341 y D4342).
20. El mantenimiento periodontal (código de la ADA D4910) se limita a 2 veces cada 12 meses consecutivos después de una terapia periodontal activa o complementaria, sin incluir desbridamiento general (código de la ADA D4355).
21. Las dentaduras postizas completas (códigos de la ADA D5110 y D5120), las dentaduras postizas inmediatas (códigos de la ADA D5130 y D5140), las dentaduras postizas completas provisionales (códigos de la ADA D5810 y D5811) y la dentadura postiza de encaje—completa por informe (códigos de la ADA D5863–D5866) se limitan a 1 cada 60 meses consecutivos.
22. Las dentaduras postizas parciales (códigos de la ADA D5211–D5226), las dentaduras postizas parciales provisionales (códigos de la ADA D5820 y D5821), los pónicos de dentaduras postizas parciales fijas (códigos de la ADA D6210–D6253), los retenedores de dentaduras postizas parciales fijas—incrustaciones/recubrimientos (códigos de la ADA D6545–D6634) y los retenedores de dentaduras postizas parciales fijas—coronas (códigos de la ADA D6710–D6793) se limitan a 1 cada 60 meses consecutivos. No hay asignaciones adicionales para aditamentos de precisión o semiprecisión (códigos de la ADA D5862, D5867 y D6950).
23. El reajuste y la readaptación de la base de dentaduras postizas (códigos de la ADA D5710–D5761) se limitan 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.
24. Las reparaciones y los ajustes de dentaduras postizas completas (códigos de la ADA D5410, D5411, D5511 y D5520) o las dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (códigos de la ADA D5421, D5422, D5611–D5612, D5621–D5671, D6930 y D6980) se limitan a aquellos realizados más de 12 meses después de la inserción inicial. Limitadas a 1 cada 6 meses consecutivos.
25. El acondicionamiento del tejido — maxilar o mandibular (códigos de la ADA D5850 y D5851) se limita a 1 cada 12 meses consecutivos.
26. El cierre de fístula oroantral (código de la ADA D7260) se limita a 1 por sitio por consulta.
27. El reimplante de diente y/o los servicios de trasplante (códigos de la ADA D7270 y D7272) se limitan a 1 por sitio de por vida.
28. La biopsia (códigos de la ADA D7285–D7288) se limita a 1 biopsia por sitio por consulta.
29. La vestibuloplastia (códigos de la ADA D7340 y D7350) se limita a 1 vez por sitio cada 60 meses consecutivos.
30. La incisión quirúrgica (códigos de la ADA D7510–D7521) se limita a 1 vez por sitio por consulta.
31. El tratamiento paliativo (código de la ADA D9110) está cubierto como un beneficio aparte solo si no se realizó ningún otro servicio, que no sean radiografías y examen, en el mismo diente durante la consulta.
32. Los protectores oclusales (códigos de la ADA D9944–D9946) están cubiertos solo si se recetan para controlar la abrasión dental habitual y se limitan a 1 protector cada 36 meses consecutivos. El análisis de la oclusión — montaje en articulador (código de la ADA D9950) se limita a 1 cada 60 meses consecutivos.
33. La reparación y el reajuste de protectores oclusales (código de la ADA D9942) se DEBEN realizar más de 6 meses después de la inserción inicial y se limitan a 1 vez cada 12 meses consecutivos.
34. El desbridamiento de boca completa (código de la ADA D4355) se limita a 1 vez cada 36 meses consecutivos.
35. La anestesia general (códigos de la ADA D9222–D9223, D9230, D9239, D9243 y D9248) está cubierta solo cuando es clínicamente necesaria.
36. Los injertos óseos (códigos de la ADA D4260, D4261, D4265–D4267), con o sin colocación de membrana por Regeneración de Tejido Guiada (por sus siglas en inglés, GTR) reabsorbible o no reabsorbible (códigos de la ADA D4245 y D4263–D4264), se limitan a una vez cada 36 meses consecutivos por cuadrante o sitio quirúrgico. La cirugía periodontal de tejido duro y la cirugía periodontal de tejido blando por zona quirúrgica se limitan a una vez cada 36 meses consecutivos. Esto incluye gingivectomía o gingivoplastia (códigos de la ADA D4210–D4212), procedimiento de colgajo gingival (códigos de la ADA D4240–D4241, D4245), cirugía ósea (códigos de la ADA D4260–D4261), injertos de pedículo e injertos de tejido blando libre (códigos de la ADA D4270, D4273 y D4275–D4276), alargamiento de la corona, tejido duro (código de la ADA D4249), exposición de corona anatómica (códigos de la ADA D4230 y D4231), alargamiento clínico de la corona (código de la ADA D4249), injerto de reemplazo óseo (código de la ADA D4264), procedimiento de revisión quirúrgica, por diente (código de la ADA 4268), procedimiento de cuña distal o proximal (cuando no se realiza conjuntamente con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica) (código de la ADA D4274) y férula provisoria (códigos de la ADA D4320 y D4321).
37. El reemplazo de dentaduras postizas completas o parciales (fijas y extraíbles) (códigos de la ADA D5110–D5226, D5282–D5283, D6210–D6254, D6545–D6793) y de coronas (códigos de la ADA D2710–D2794), que se haya presentado previamente para el pago conforme al plan, se limita a una vez cada 60 meses consecutivos a partir de la colocación inicial o suplementaria.

1. La extirpación de quiste/lesión benigna (códigos de la ADA D7410–D7412, D7450–D7461) se limita a 1 por sitio por consulta.
2. El acceso quirúrgico, la exposición quirúrgica o la inmovilización de dientes no erupcionados (código de la ADA D7280–D7281) se limitan a 1 por sitio de por vida.
3. El cierre primario de una perforación sinusal (código de la ADA D7261), la colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado (código de la ADA D7283) y la fibrotomía transeptal/supracrestal, por informe (código de la ADA D7291) se limitan a 1 por diente de por vida.
4. El injerto de reemplazo óseo para preservación de la cresta – por sitio (código de la ADA D7953) se limita a 1 por sitio de por vida y no está cubierto si se realiza conjuntamente con otros procedimientos de reemplazo de injerto óseo.
5. La extirpación de tejido hiperplásico o de encía pericoronaria (códigos de la ADA D7970 y D7971) se limita a 1 por sitio cada 36 meses consecutivos.
6. La extracción de aparatos (no por el dentista que los colocó; incluye la extracción de la barra del arco) (código de la ADA D7997) se limita a una vez por aparato de por vida.
7. La cofia (*coping*) (código de la ADA D2975) se limita a 1 por diente cada 60 meses consecutivos y no está cubierta si se realiza al mismo tiempo que una corona en el mismo diente.
8. La inyección de medicamento terapéutico, por informe/otros fármacos y/o los medicamentos, por informe (códigos de la ADA D9610–D9630) se limitan a 1 por sitio por consulta.
9. Cualquier copago, deducible, período de espera o beneficio máximo requerido se anula para una persona cubierta que se encuentre en el 2.<sup>do</sup> o el 3.<sup>er</sup> trimestre de embarazo respecto de los siguientes servicios dentales cubiertos: profilaxis, eliminación del sarro y alisamiento radicular, mantenimiento periodontal y desbridamiento de boca completa.
10. Anestesia local. Sin cobertura conjuntamente con procedimientos quirúrgicos.
11. Consulta. Sin cobertura si se realiza junto con exámenes o consultas a un profesional.

## *Aviso de No Discriminación de Health Net*