



# Manual del afiliado

---

Lo que usted necesita saber sobre sus beneficios

Documento combinado de evidencia de cobertura (EOC) y formulario de divulgación

Año de los beneficios: 2025

**Programa de Cuidado Dental Administrado (DMC) de California**

**Condado de Los Ángeles, planes de salud prepagados (PHP)**

# Otros idiomas y formatos

---

## Otros idiomas

Puede obtener gratuitamente este *Manual del afiliado* y otros materiales de los planes en otros idiomas. Llame al 1-844-233-4522 (TTY 1-800-466-7566). La llamada es gratuita. Lea este *Manual del afiliado* para obtener más información sobre servicios de asistencia lingüística, tales como interpretación y traducción.

---

## Otros formatos

Puede obtener esta información de manera gratuita en otros formatos, tales como braille, letra grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles sin costo alguno para usted. 1-844-233-4522 (TTY 1-800-466-7566). La llamada es gratuita.

---

## Comunicaciones confidenciales

### ***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales***

Tiene derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted en relación con su información médica personal (PHI) por medios o a ubicaciones alternativos. Debemos atender su solicitud si es razonable y especifica los medios o la ubicación alternativos donde debe entregarse su PHI. La compañía de seguros dará curso a una solicitud de comunicación confidencial en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de una transmisión electrónica o solicitud telefónica, o bien en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción por correo prioritario. No divulgaremos información médica relacionada con los servicios sensibles que se prestan a una persona protegida,

al suscriptor ni a ningún afiliado del plan que no sea la persona protegida que recibe el cuidado, salvo autorización expresa por escrito de la persona protegida que recibe el cuidado.

Por **persona protegida** se entiende cualquier adulto cubierto por el plan de servicios de cuidado médico del suscriptor o un menor de edad que pueda otorgar su consentimiento para recibir un servicio de cuidado médico sin el consentimiento de sus padres o tutores legales, de conformidad con la ley estatal o federal. “Persona protegida” no incluye a aquellas personas que carezcan de la capacidad de otorgar un consentimiento informado respecto a cuidado médico, de conformidad con la sección 813 del Código Testamentario. Un plan de servicios de cuidado médico no exigirá a una persona protegida que obtenga el permiso mediante la autorización del suscriptor o de otro afiliado para recibir servicios sensibles o para presentar una reclamación en materia de servicios sensibles si la persona protegida tiene derecho a otorgar su consentimiento para dicho cuidado.

Por **servicios sensibles** se entienden todos los servicios de cuidado médico relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, los trastornos por consumo de sustancias, el cuidado médico para afirmación de género y la violencia en la pareja. Incluyen los servicios descritos tanto en las secciones 6924, 6925, 6926, 6927, 6928, 6929 y 6930 del Código de Familia como las secciones 121020 y 124260 del Código de Salud y Seguridad, y que recibe un paciente que tiene o supera la edad mínima especificada para otorgar su consentimiento respecto al servicio que se precisa en la sección.

Para solicitar comunicaciones confidenciales de **Health Net** respecto a cualquiera de los servicios mencionados con anterioridad, llame al Departamento de Servicios para Afiliados o envíe una solicitud por escrito por correo postal o fax mediante cualquiera de las siguientes opciones:

- En línea: Visite el sitio web de **Health Net** en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).
- Por correo postal: **Health Net**, P.O. Box 10348, Woodland Hills, CA 91410
- Por teléfono: Departamento de Servicios para Afiliados de **Health Net**: 1-844-233-4522.
- Por TDD/TTY: 711 o [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)

## Servicios de interpretación

**Health Net** ofrece servicios de interpretación oral, incluyendo lenguaje de señas, a cargo de un intérprete calificado las 24 horas del día sin costo alguno para usted.

No es necesario que recurra a familiares o amigos para que actúen como intérpretes. Para obtener ayuda y servicios gratuitos de interpretación, lingüísticos y culturales disponibles las 24 horas del día, los 7 días a la semana, o bien para obtener este *Manual* en otro idioma, llame al 1-844-233-4522 (TTY 1-800-466-7566). La llamada es gratuita.

---

## Taglines

### English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). These services are free of charge.

### الشعار بالعربية (Arabic)

1-844-233-4522 يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة توفر أيضًا. 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566) اتصل بـ ريل والخط الكبير هذه الخدمات مجانية (TTY: 1-800-466-7566).

## **Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր  
Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-844-233-4522  
(TTY: 1-800-466-7566): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու  
ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց  
համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ  
տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-844-233-4522  
(TTY: 1-800-466-7566): Այդ ծառայություններն անվճար  
են:

## **ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នក រក្សា ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម  
ទូរស័ព្ទ ទៅលេខ 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566)។  
ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ  
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអកសរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក  
ឬឯកសារសរសេរជាអកសរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។  
ទូរស័ព្ទ មកលេខ 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566)។  
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

## **简体中文标语 (Simplified Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电  
1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566)。我们另外还提供  
针对  
残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方  
便取用。请致电 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566)。  
这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با  
1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566) تماس بگیرید. کمک  
ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و  
چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-844-233-4522  
1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566) تماس بگیرید. این خدمات رایگان

### **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो  
1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566) पर कॉल करें।  
अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे बरेल और बड़े  
परंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-844-233-4522 (TTY:  
1-800-466-7566) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus  
hu rau 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). Muaj cov  
kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam  
oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab  
luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-844-233-4522  
(TTY: 1-800-466-7566). Cov kev pab cuam no yog pab  
dawb xwb.

## **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ

ອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-844-233-4522

(TTY: 1-800-466-7566). ອ້າງມີ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ອແລະການບໍລິ

ການສໍາລັບຄົນ ການ

ເຊິ່ງ ນອກສານທີ່ ເປັນ ນັ້ນ ກສອນນູ ນແລະມີ ໂຕພິ ມໃຫຍ່

ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). ການບໍ

ລິ

ການເຫຼືອ ນີ້ ບໍ່ ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih  
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor  
douc waac daaih lorx taux 1-844-233-4522

(TTY: 1-800-466-7566). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx

caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh,

beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx

caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun

longc. Douc waac daaih lorx 1-844-233-4522

(TTY: 1-800-466-7566). Naaiv deix nzie weih gong-bou

jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh

oc.

## ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰ

1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ

ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ

ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-844-233-4522  
(TTY: 1-800-466-7566).

ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## **Русский слоган (Russian)**

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-844-233-4522 (линия TTY: 1-800-466-7566). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-844-233-4522 (линия TTY: 1-800-466-7566). Такие услуги предоставляются бесплатно.

## **Mensaje en español (Spanish)**

**ATENCIÓN:** si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). Estos servicios son gratuitos.

## **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). Libre ang mga serbisyong ito.

## **เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ ไปที่หมายเลข 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ ไปที่หมายเลข 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

## **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566). Ці послуги безкоштовні.

## **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-844-233-4522 (TTY: 1-800-466-7566).

Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-844-233-4522

(TTY: 1-800-466-7566). Các dịch vụ này đều miễn phí.

# ¡Bienvenido a Health Net Dental!

Gracias por unirse a [Health Net Dental \(Health Net\)](#). [Health Net](#) es un plan dental para personas que cuentan con Medi-Cal. [Health Net](#) trabaja con el estado de California para ayudarle a obtener el cuidado dental que necesita.

---

## Manual del afiliado

Este *Manual del afiliado* le brinda información sobre la cobertura de [Health Net](#). Le pedimos que lo lea con detenimiento y en su totalidad. Le ayudará a comprender y utilizar sus beneficios y servicios. También explica sus derechos y responsabilidades como afiliado de [Health Net](#).

Este *Manual del afiliado* también se denomina documento combinado de evidencia de cobertura (EOC) y formulario de divulgación. **Este documento combinado de evidencia de cobertura y formulario de divulgación constituye solo un resumen del plan de salud. Debe consultar el contrato del plan de salud para determinar los términos y condiciones exactos de la cobertura.** Este es solo un resumen de las normas y políticas de [Health Net](#) basadas en el contrato entre [Health Net](#) y el Departamento de Servicios de Cuidado Médico (DHCS). Si desea conocer los términos y condiciones exactos de la cobertura, puede solicitar una copia del contrato al Departamento de Servicios para Afiliados.

En ocasiones, se hace referencia a [Health Net](#) como “nosotros” en este *Manual del afiliado*. A los afiliados a veces se los denomina “usted”. Algunas palabras en mayúsculas tienen un significado especial en este *Manual del afiliado*.

Llame al [Departamento de Servicios para Afiliados al 1-844-233-4522](#) (TTY [1-800-466-7566](#)) para solicitar una copia del contrato. También puede solicitar otro ejemplar del *Manual del afiliado* sin costo alguno para usted o visitar nuestro sitio web en [www.hndental.com](http://www.hndental.com) para consultar dicho *Manual*.

---

## Comuníquese con nosotros

[Health Net](#) está aquí para ayudarle. Si tiene alguna pregunta, llame al [Departamento de Servicios para Afiliados al 1-844-233-4522](#) (TTY [1-800-466-7566](#)) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico, PST). La llamada es gratuita. También puede visitarnos en línea en cualquier momento en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

Gracias,

[Health Net](#)

P.O. Box 2182

Milwaukee, WI 53201-2182

# Contenido

---

<b>Otros idiomas y formatos</b> .....	<b>2</b>
Otros idiomas .....	2
Otros formatos .....	2
Comunicaciones confidenciales .....	2
Servicios de interpretación .....	4
Taglines .....	4
<b>¡Bienvenido a Health Net Dental!</b> .....	<b>12</b>
Manual del afiliado .....	12
Comuníquese con nosotros .....	12
<b>Contenido</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Primeros pasos como afiliado</b> .....	<b>15</b>
Como obtener ayuda.....	15
Quién puede afiliarse .....	15
Tarjetas de identificación (ID).....	16
<b>2. Acerca de su plan dental</b> .....	<b>17</b>
Descripción general del plan dental .....	17
Cómo funciona su plan dental .....	18
Cambio de planes dentales.....	18
Continuidad del cuidado.....	20
Estudiantes universitarios que se trasladan a otro condado o fuera de California.....	21
Dentistas que abandonan Health Net .....	22
Costos.....	22
<b>3. Cómo recibir cuidado dental</b> .....	<b>25</b>
Recepción de servicios dentales.....	25
Cómo llegar a su cita .....	26
Cuidado dental de rutina .....	26
Cuidado dental de urgencia .....	27
Cuidado dental de emergencia .....	28
Dónde recibir cuidado dental.....	28
Red de proveedores dentales .....	29
Dentista de cuidado primario (PCD).....	30
Servicios dentales a través de una facultad o universidad de odontología .....	31
Citas y visitas .....	32

Pago.....	32
Remisiones .....	32
Preaprobación (autorización previa) .....	33
Segundas opiniones.....	34
Acceso oportuno al cuidado .....	34
Servicios de educación en salud dental .....	35
<b>4. Beneficios y servicios.....</b>	<b>36</b>
Qué cubre su plan dental .....	36
Qué no cubre su plan dental .....	41
Servicios que no puede recibir a través de Health Net o Medi-Cal .....	42
Programa de Servicios para Niños de California (CCS).....	43
Otros programas y servicios de Medi-Cal .....	44
Coordinación de beneficios .....	45
<b>5. Servicios dentales preventivos para niños y jóvenes.....</b>	<b>46</b>
Chequeos dentales .....	46
Ayuda para obtener servicios dentales preventivos para niños y jóvenes .....	47
<b>6. Derechos y responsabilidades.....</b>	<b>48</b>
Sus derechos .....	48
Sus responsabilidades .....	49
Formas de participar como afiliado .....	50
<b>Aviso de no discriminación.....</b>	<b>51</b>
Aviso de prácticas de privacidad.....	55
Aviso sobre leyes .....	55
Aviso sobre Medi-Cal como pagador de última instancia, otro tipo de cobertura y resarcimiento por actos lesivos.....	55
Aviso de medida.....	56
<b>7. Notificación y resolución de problemas.....</b>	<b>58</b>
Quejas.....	59
Apelaciones.....	60
Audiencias estatales .....	61
Fraude, despilfarro y abuso .....	62
<b>8. Números y palabras importantes que debe conocer .....</b>	<b>64</b>
Números de teléfono importantes .....	64
Palabras a conocer .....	64

# 1. Primeros pasos como afiliado

## Como obtener ayuda

[Health Net](#) quiere que esté conforme con su cuidado dental. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su cuidado, ¡[Health Net](#) quiere conocer su opinión!

### Departamento de Servicios para Afiliados

El Departamento de Servicios para Afiliados de [Health Net](#) está para ayudarle. Podemos hacer lo siguiente:

- Responder a preguntas sobre su plan dental y los servicios cubiertos.
- Ayudarle a elegir o cambiar su dentista de cuidado primario (PCD).
- Indicarle dónde obtener el cuidado que necesita.
- Ayudarle a obtener servicios de interpretación si no habla inglés.
- Ayudarle a obtener información en otros idiomas y formatos.
- Ayudarle a conseguir una cita con su dentista de cuidado primario (PCD).
- Asistirle en la programación del transporte.
- Brindarle una nueva tarjeta de identificación del afiliado de [Health Net](#).
- Brindarle una lista de dentistas.
- Indicarle cómo comunicar y resolver querellas y apelaciones.
- Ayudarle a solicitar materiales para afiliados.
- Responder a otras preguntas que pueda tener.

Si necesita ayuda, llame al [Departamento de Servicios para Afiliados al 1-844-233-4522](#) (TTY [1-800-466-7566](#)). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede visitar el Departamento de Servicios para Afiliados en línea en cualquier momento en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

## Quién puede afiliarse

Cada estado puede tener un programa de Medicaid. En California, Medicaid se llama **Medi-Cal**.

Usted califica para [Health Net](#) porque califica para Medi-Cal y vive en el condado de Sacramento. Es posible que también califique para Medi-Cal a través del Seguro Social porque está percibiendo servicios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI) o del Programa de Apoyo Financiero Suplementario Estatal (SSP). Si tiene preguntas sobre la afiliación, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) o visite



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

<http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>.

Si tiene preguntas sobre el seguro social, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 o visite <https://www.ssa.gov/locator/>.

## Tarjetas de identificación (ID)

Como afiliado a **Health Net**, obtendrá una tarjeta de identificación del plan dental. Debe mostrar su tarjeta de identificación del plan dental y su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) cuando reciba cualquier servicio dental. Su tarjeta BIC de Medi-Cal es la tarjeta de identificación de beneficios que le envía el estado de California. Debe llevar ambas tarjetas con usted en todo momento. Se muestran a continuación ejemplos de las tarjetas de identificación BIC y del plan dental que le mostrarán cómo serán las suyas:



Ejemplo de tarjeta de identificación de **Health Net**:



Si no recibe su tarjeta de identificación del plan dental a las pocas semanas de haberse afiliado, o si la tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Afiliados. **Health Net** le enviará una nueva tarjeta de forma gratuita. Llame al **1-844-233-4522** (TTY **1-800-466-7566**) si no tiene una tarjeta BIC de Medi-Cal. Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a la oficina local del condado. Visite <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> para ubicar la oficina local del condado.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al **1-844-233-4522** (TTY/TDD **1-800-466-7566**). **Health Net** está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

## 2. Acerca de su plan dental

### Descripción general del plan dental

**Health Net** es un plan dental para las personas que tienen Medi-Cal en los condados de Sacramento y Los Ángeles. **Health Net** trabaja con el estado de California para ayudarle a obtener el cuidado dental que necesita.

Hable con un representante del Departamento de Servicios para Afiliados de **Health Net** para obtener más información sobre el plan dental y cómo adaptarlo a sus necesidades. Llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

### Cuándo empieza y termina su cobertura

Cuando se afilie a **Health Net**, recibirá una tarjeta de identificación del afiliado de **Health Net** en un plazo de siete (7) días calendario a partir de la afiliación. Muestre la tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) y la tarjeta de identificación del afiliado de **Health Net** cada vez que acuda a recibir cualquier servicio dental. La tarjeta de identificación del afiliado de **Health Net** es la constancia de que está afiliado a **Health Net**.

Deberá renovar su cobertura de Medi-Cal cada año. Si su oficina local del condado no puede renovar su cobertura de Medi-Cal de manera electrónica, el condado le enviará un formulario de renovación de Medi-Cal. Cumplimente este formulario y envíelo a la agencia local de servicios humanos de su condado. Puede enviar su información en línea, en persona, por teléfono o por otros medios electrónicos si están disponibles en su condado.

Puede cancelar su cobertura de **Health Net** y elegir otro plan dental en cualquier momento. Si necesita ayuda para elegir un nuevo plan, llame a Health Care Options al [1-800-430-4263](tel:1-800-430-4263) (TTY [1-800-430-7077](tel:1-800-430-7077)). o visite <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>.

También puede pedir su cancelación de Medi-Cal. Debe seguir los procedimientos del DHCS si solicita la cancelación de su cobertura.

En ciertas situaciones, **Health Net** ya no puede prestarle servicios. **Health Net** debe cancelar su cobertura en las siguientes situaciones:

- Se muda fuera del condado o está en prisión.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). **Health Net** está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

- Ya no tiene Medi-Cal.
- Solicita la desafiliación en [Health Net](#).
- Califica para determinados programas de exención.
- Se afilia a otro plan dental.
- Deja que otra persona utilice sus beneficios dentales.

## Consideraciones especiales para indios americanos en cuidado administrado.

Si usted es indio americano, tiene derecho a no afiliarse a un plan dental de Cuidado Administrado de Medi-Cal. Si se afilió a [Health Net](#), puede solicitar la desafiliación en cualquier momento. Si se desafilia de [Health Net](#), recibirá cuidado dental del régimen de cobro por servicios prestados (FFS) de Medi-Cal Dental. También puede recibir cuidado dental en un establecimiento de la División de Salud Bucal del Servicio de Salud para Comunidades Indígenas. También puede permanecer afiliado a [Health Net](#) o desafiliarse mientras recibe servicios dentales en estos establecimientos. Para obtener información sobre afiliación y desafiliación, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

## Cómo funciona su plan dental

[Health Net](#) es un plan dental contratado por el DHCS. [Health Net](#) trabaja con dentistas, especialistas dentales y otros proveedores en su área de servicio (nuestra red) para brindarle cuidado dental a usted, el afiliado.

El Departamento de Servicios para Afiliados de [Health Net](#) le explicará cómo funciona [Health Net](#) y cómo obtener el cuidado dental que necesita. El Departamento de Servicios para Afiliados puede ayudarle con lo siguiente:

- Brindarle una lista de dentistas.
- Encontrar un dentista de cuidado primario (PCD).
- Concertar una cita con su PCD.
- Brindarle una nueva tarjeta de identificación del afiliado de [Health Net](#).
- Obtener información sobre servicios cubiertos y no cubiertos.
- Obtener servicios de transporte.
- Indicarle cómo comunicar y resolver querrelas y apelaciones.
- Ayudarle a solicitar materiales para afiliados.
- Responder a otras preguntas que pueda tener.

Para obtener más información, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). También puede encontrar información sobre el Departamento de Servicios para Afiliados en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

## Cambio de planes dentales

Puede desafiliarse de [Health Net](#) y afiliarse a otro plan dental de su condado en cualquier momento. Llame a Health Care Options al [1-800-430-4263](tel:1-800-430-4263) (TTY [1-800-430-7077](tel:1-800-430-7077)) para elegir un nuevo plan. Puede llamar entre las 8:00 a. m. y las 6:00 p. m., de lunes a



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

viernes, o visitar [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov).

Se necesitan hasta 30 días para procesar su solicitud de desafiliación de Health Net y afiliación a otro plan. Para conocer el estado de su solicitud, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077).

Si desea desafiliarse de Health Net antes, puede solicitar a Health Care Options una desafiliación acelerada. Si el motivo de su solicitud cumple con las normas de desafiliación acelerada, recibirá una carta en la que se le comunicará su desafiliación. Entre los afiliados que pueden solicitar la desafiliación acelerada se incluyen, por ejemplo, los niños que reciben servicios en virtud de los programas de cuidado sustituto o asistencia para la adopción, los afiliados con necesidades especiales de cuidado médico y aquellos que ya están afiliados a Medicare u otro plan de Medi-Cal o de cuidado administrado comercial. Puede calificar para una desafiliación acelerada si cumple con los siguientes requisitos:

- El afiliado elegible no utilizó los beneficios de su plan dental, que Health Net debe pagar, durante el mes en el que se solicita la desafiliación.
- La desafiliación de afiliados elegibles gracias a una de las razones a continuación exige documentación justificativa:
  - El afiliado es indio americano, es integrante de un grupo familiar indio americano o elige recibir servicios dentales a través de un centro del Servicio de Salud para Comunidades Indígenas (IHS) y cuenta con la aceptación por escrito de dicho centro para recibir cuidado en un régimen de cobro por servicios prestados.
  - El afiliado está recibiendo servicios en el marco de programas de cuidado sustituto o asistencia para la adopción, o bien está al cuidado de los Servicios de Protección Infantil. La solicitud de desafiliación debe presentarla el (la) padre (madre) sustituto(a) autorizado(a), el (la) padre (madre) adoptivo(a) autorizado(a) o la agencia acreditada que preste servicios de protección.
  - El afiliado experimenta afecciones médicas complejas y la solicitud de desafiliación se presenta acompañada de documentación justificativa respecto a la afección médica, el plan de tratamiento y la duración del tratamiento por parte del dentista bajo el régimen de cobro por servicios prestados de Medi-Cal.
  - El afiliado está inscrito en un programa de exención de Medi-Cal y requiere cuidados especiales a domicilio.
  - El afiliado participa en un proyecto piloto del estado.
  - Health Care Options (HCO) inscribió a al afiliado al plan equivocado o facilitó información incorrecta.
  - El afiliado presentó una solicitud no acelerada que cumple con los requisitos y que HCO no tramitó a tiempo.



- El afiliado se mudó o se le trasladó fuera del área de servicio del plan.
- El afiliado sufrió una ruptura de la relación médico-paciente que no se puede subsanar.
- El afiliado requiere los servicios de un hogar geriátrico y permanecerá en cuidados de larga duración durante más de dos meses consecutivos.
- El afiliado falleció, pero este suceso aún no aparece reflejado en el sistema de fechas de elegibilidad de Medi-Cal.

Puede solicitar la desafiliación de [Health Net](#) de forma presencial en la oficina local de servicios humanos de su condado. Encuentre su oficina local en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/countyoffices.aspx>. También puede llamar a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077).

## Continuidad del cuidado

Como afiliado de [Health Net](#), recibirá cuidado dental de los proveedores de la red de [Health Net](#). Si ahora acude a dentistas que no pertenecen a la red de [Health Net](#), podrá seguir atendiéndose con ellos durante un máximo de 12 meses. Si sus dentistas no se unen a nuestra red al cabo de 12 meses, deberá cambiar a dentistas de la red de [Health Net](#). Para poder beneficiarse de la continuidad del cuidado, debe tener una relación existente con un dentista fuera de la red. El dentista fuera de la red debe facilitar expedientes que demuestren que usted acudió al menos a una cita no urgente durante los 12 meses anteriores a la fecha de afiliación inicial a [Health Net](#). El equipo de administración de casos revisará todos los casos de continuidad del cuidado.

Puede solicitar continuidad del cuidado si está en tratamiento activo para recibir servicios cubiertos o si tiene una preaprobación activa para recibir servicios cubiertos. Los afiliados que padezcan las siguientes afecciones documentadas, indicadas en la legislación de California, también tienen derecho a continuidad del cuidado, previa solicitud:

- Cuidado neonatal desde el nacimiento hasta los 36 meses.
- Cuidado durante el embarazo y posparto.
- Afecciones crónicas o agudas graves.
- Cirugía programada dentro de los 180 días a partir de la fecha de cancelación o entrada en vigor de la cobertura.
- Enfermedad terminal.

[Health Net](#) le informará cuando recibamos su solicitud de continuidad del cuidado, la fecha de recepción de la solicitud y el plazo para que el plan decida, bien sea mediante llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico o carta escrita.

[Health Net](#) revisará y cumplimentará su solicitud de continuidad del cuidado dentro de los siguientes plazos:

- Solicitudes urgentes: tan pronto como su afección lo requiera, pero no más de 3



días calendario a partir de la fecha de recepción.

- Solicitudes de atención inmediata: tan pronto como su afección lo requiera, pero no más de 15 días calendario a partir de la fecha de recepción.
- Solicitudes no urgentes: tan pronto como su afección lo requiera, pero no más de 30 días calendario a partir de la fecha de recepción.

**Health Net** le enviará una carta en la que le comunicará si se aprobó o denegó su solicitud de continuidad del cuidado:

- Solicitudes denegadas: la carta incluirá la razón de nuestra decisión y su derecho a presentar una querrela o apelación. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de querellas y apelaciones, consulte el capítulo 6 de este *Manual del afiliado*.
- Solicitudes aprobadas: la carta incluirá la razón de nuestra decisión, el período durante el que estará activa la continuidad del cuidado, el proceso que tendrá lugar una vez finalizado el período de continuidad del cuidado y su derecho a elegir otro dentista de la red.

### **Periodo de reanudación de la continuidad del cuidado**

Si cambia de plan dental de cuidado administrado después de la afiliación inicial, o bien si pierde y recupera posteriormente la elegibilidad para Medi-Cal durante el periodo de continuidad del cuidado de 12 meses, dicho periodo se puede reanudar una vez.

Si cambia de plan dental de cuidado administrado, o bien si perdió y recuperó posteriormente la elegibilidad por segunda vez (o más), el periodo de continuidad del cuidado no se volverá a reanudar y no tendrá derecho a un nuevo periodo de 12 meses de dicha continuidad.

Si regresa al régimen de cobro por servicios prestados de Medi-Cal (si corresponde) y se vuelve a afiliarse más adelante a un plan de cuidado administrado, el período de continuidad del cuidado no comenzará de nuevo.

## **Estudiantes universitarios que se trasladan a otro condado o fuera de California**

Los servicios de emergencia y cuidado de urgencia están disponibles para todos los afiliados de Medi-Cal en todo el estado, independientemente del condado de residencia. Siempre y cuando usted sea elegible, Medi-Cal cubrirá los servicios de emergencia y cuidado de urgencia en otro estado. Medi-Cal también cubrirá el cuidado médico de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México si se aprueba el servicio, y el médico y el hospital cumplen las normas de Medi-Cal. Medi-Cal no cubre servicios de urgencia, de emergencia o de cualquier otro tipo fuera de los Estados Unidos, excepto en Canadá y México.

Si se muda a un nuevo condado para asistir a la universidad, es posible que aun así pueda recibir servicios dentales, incluso si **Health Net** no presta servicios en su nuevo condado. Sin



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al **1-844-233-4522** (TTY/TDD **1-800-466-7566**). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

embargo, debe notificar al plan de [Health Net](#). También puede recibir servicios a través de Medi-Cal Dental regular, también conocido como régimen de cobro por servicios prestados (FFS) de Medi-Cal. Esto se denomina continuidad del cuidado. [Health Net](#) ofrece servicios de continuidad del cuidado para estudiantes universitarios si...

- Se trata de una emergencia.

Para obtener más información sobre servicios de continuidad del cuidado, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

---

## Dentistas que abandonan [Health Net](#)

Si su dentista deja de trabajar con [Health Net](#), es posible que pueda seguir recibiendo servicios de ese dentista. Esta es otra modalidad de continuidad del cuidado. [Health Net](#) ofrece servicios de continuidad del cuidado para lo siguiente:

- Servicios no finalizados por el dentista antes de abandonar la red de [Health Net](#).
- Servicios no finalizados por un dentista fuera de la red cuando usted se convierte en afiliado activo de [Health Net](#).

[Health Net](#) ofrece servicios de continuidad del cuidado si sucede lo siguiente:

- Los servicios están cubiertos por su plan dental.
- Los servicios son necesarios por razones médicas.
- Los servicios cumplen con nuestros lineamientos clínicos.
- Usted no tuvo acceso a un proveedor de la red de [Health Net](#).

[Health Net](#) **no** presta servicios de continuidad del cuidado en las siguientes situaciones:

- Los servicios **no** están cubiertos por su plan dental.
- Los servicios **no** son necesarios por razones médicas.
- Los servicios **no** cumplen con nuestros lineamientos clínicos.
- Usted tuvo acceso a un proveedor de la red de [Health Net](#).

Para obtener más información sobre servicios de continuidad del cuidado, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

---

## Costos

### Costos para afiliados

[Health Net](#) atiende a personas que califican para Medi-Cal. En la mayoría de los casos, los afiliados a [Health Net](#) **no** tienen que pagar servicios cubiertos, primas, copagos ni deducibles. Los servicios cubiertos son los servicios dentales que [Health Net](#) es responsable de pagar. Si recibe una factura por tarifas o copagos en concepto de un servicio cubierto, no la pague. Llame de inmediato al Departamento de Servicios para



Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Para consultar la lista de servicios cubiertos, vaya al capítulo 4 (“Beneficios y servicios”).

Excepto para servicios de emergencia o cuidado de urgencia, debe obtener la preaprobación de [Health Net](#) antes de visitar a un dentista fuera de la red de [Health Net](#). Si no obtiene la preaprobación y acude a un dentista fuera de la red, es posible que tenga que pagar el cuidado dental que le prestó ese proveedor. Para consultar la lista de servicios cubiertos, lea el capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) de este *Manual*. También puede encontrar el directorio de proveedores en el sitio web de [Health Net](#) en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

Si opta por recibir servicios dentales que no están cubiertos por este plan, un proveedor dental participante puede cobrarle su tarifa habitual y acostumbrada por dichos servicios. Antes de prestarle servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el dentista debe darle un plan de tratamiento que incluya cada servicio previsto y su costo estimado. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Para comprender plenamente su cobertura, le recomendamos que lea con detenimiento este documento de evidencia de cobertura.

### Solicitar a [Health Net](#) que le reembolse los gastos

Si recibe una factura por un servicio cubierto, llame de inmediato al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Si paga un servicio que cree que [Health Net](#) debería cubrir, preséntenos una reclamación. Llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)) para solicitar un formulario de presentación de reclamaciones o pedir ayuda para presentarla. Utilice dicho formulario para explicarnos por escrito por qué tuvo que pagar.

Si pagó servicios que ya recibió, puede calificar para un reembolso (devolución del dinero) si cumple todas las condiciones a continuación:

- El servicio que recibió es un servicio cubierto que [Health Net](#) es responsable de pagar. [Health Net](#) no le reembolsará un servicio que no esté cubierto.
- Recibió el servicio cubierto después de cumplir los requisitos de elegibilidad para Medi-Cal.
- Solicita el reembolso en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
- Presenta un comprobante en el que consta que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del consultorio dental.
- Recibió el servicio cubierto de un dentista de Medi-Cal de la red de [Health Net](#). No es necesario que cumpla esta condición si recibió servicios de emergencia o de otro tipo para el que Medi-Cal permita que presten proveedores fuera de la red sin preaprobación.
- Si el servicio cubierto exige normalmente una preaprobación, usted facilita un comprobante del dentista que demuestre la necesidad médica del servicio cubierto.

Si no cumple una de las condiciones anteriores, [Health Net](#) no realizará el reembolso. [Health Net](#) le comunicará su decisión respecto al reembolso en una carta denominada aviso de medida. Si cumple todas las condiciones anteriores, el dentista afiliado a



Medi-Cal deberá devolverle el monto total que pagó. Si el dentista de Medi-Cal se niega a devolverle el dinero, [Health Net](#) le reembolsará el monto total que pagó. [Health Net](#) debe reembolsarle en un plazo de 45 días hábiles desde la recepción de su reclamación.

### Para afiliados con costos compartidos

Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de cuidado dental cada mes antes de que se hagan efectivos los beneficios. Esto se denomina costos compartidos. El monto de su parte de los costos compartidos depende de sus ingresos. Si tiene preguntas sobre costos compartidos, póngase en contacto con la oficina local de servicios humanos de su condado. Encuentre su oficina local en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/countyoffices.aspx>.

### Cómo cobra un dentista

[Health Net](#) les paga a los dentistas de las siguientes maneras:

- Pagos por capitación
  - [Health Net](#) les paga a algunos dentistas un monto fijo de dinero cada mes por cada afiliado de [Health Net](#). Esto se denomina pago por capitación. [Health Net](#) y los dentistas deciden en conjunto el monto del pago.
- Pagos en concepto de cobros por servicios prestados
  - Algunos dentistas prestan servicios de cuidado dental a afiliados de [Health Net](#) y luego envían a [Health Net](#) una factura por los servicios prestados. Esto se denomina pago en concepto de cobros por servicios prestados. [Health Net](#) y los dentistas deciden en conjunto cuánto cuesta cada servicio.
- Sistema de pagos prospectivos (PPS)
  - [Health Net](#) les paga a algunos dentistas un monto fijo por todos los servicios prestados durante la misma fecha de la visita de servicio. Es lo que se denomina tarifa del sistema de pagos prospectivos (PPS). Este tipo de tarifa suele aplicarse a las clínicas que son centros de salud certificados por el gobierno federal (FQHC).
- Pagos de incentivos
  - [Health Net](#) les paga a los dentistas cuando cumplen determinados criterios de calidad. Dichos criterios incluyen lo siguiente, entre otros:
    - California Advancing and Innovating Medi-Cal (CalAIM)
    - Proposición 56 de California
    - Evaluación de riesgos de caries (CRA)
    - Visita dental anual (ADV)
    - Límite de querellas

Para obtener más información sobre cómo [Health Net](#) les paga a los dentistas, llame al 1-844-233-4522 (TTY 1-800-466-7566).



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al 1-844-233-4522 (TTY/TDD 1-800-466-7566). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

# 3. Cómo recibir cuidado dental

## Recepción de servicios dentales

### LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER CÓMO Y DÓNDE PUEDE RECIBIR CUIDADO DENTAL.

Puede empezar a recibir servicios de cuidado dental en la fecha de vigencia de su afiliación a [Health Net](#). Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación del plan dental y su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal, así como cualquier otra tarjeta de seguro dental. Nunca permita que otra persona utilice su tarjeta de identificación de [Health Net](#) o su tarjeta BIC. Los dentistas también se denominan proveedores dentales.

Los nuevos afiliados deben elegir un dentista de cuidado primario (PCD) de nuestra red. La red de [Health Net](#) es un grupo de dentistas que trabajan con nosotros. Debe elegir un PCD en un plazo de 30 días a partir del momento en que se afilie a [Health Net](#). Si no elige un PCD, nosotros elegiremos uno por usted.

Puede elegir el mismo PCD o distintos PCD para todos los familiares afiliados a [Health Net](#).

Ya sea que cuente con un dentista con el que se quiere seguir atendiendo o que quiera buscar un nuevo PCD, puede buscar en el directorio de proveedores dentales. Allí se incluye una lista de todos los PCD de la red de nuestro plan. En el directorio de proveedores dentales encontrará más información que le ayudará a elegir. Si necesita un directorio de proveedores dentales, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). También puede encontrar el directorio de proveedores dentales en nuestro sitio web en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

Si no puede recibir el cuidado que necesita de un proveedor dental participante de nuestra red, su PCD debe solicitar a [Health Net](#) la aprobación para remitirle a un proveedor fuera de la red.

Lea el resto de este capítulo para saber más sobre los PCD, nuestro directorio de proveedores dentales y nuestra red de proveedores dentales.

Cuando llame para concertar una cita con su PCD, dígame a la persona que atienda el teléfono que usted es afiliado de [Health Net](#). Indique el número de identificación de su plan dental. Tenga en cuenta lo siguiente para aprovechar al máximo su visita al dentista:

- Lleve consigo su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal.



- Lleve consigo su tarjeta de identificación del plan dental.
- Lleve consigo su documento de identidad o licencia de conducir de California en vigor.
- Conozca su número de Seguro Social.
- Lleve consigo la lista de los medicamentos que toma.
- Esté preparado para hablar con su dentista de cuidado primario (PCD) sobre cualquier problema dental que haya observado en usted o en sus hijos.

Asegúrese de llamar al consultorio de su PCD si va a llegar tarde o si no puede acudir a su cita.

---

## Cómo llegar a su cita

Si no tiene cómo ir y volver de sus citas para recibir servicios cubiertos, podemos ayudarle a organizar el transporte. Este servicio se denomina transporte médico no urgente y no está destinado a emergencias. Este tipo de transporte está disponible para servicios y citas que no estén relacionados con servicios de emergencia y se le puede ofrecer sin costo alguno para usted. Vaya al capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) y revise el apartado “Transporte médico no urgente”.

---

## Cuidado dental de rutina

La salud bucal es una parte importante de la salud y el bienestar generales. [Health Net](#) recomienda que los niños empiecen a ir al dentista cuando les salga el primer diente o cuando cumplan un año. El cuidado de rutina es cuidado dental regular. [Health Net](#) cubre el cuidado de rutina por parte de su PCD. Algunos servicios pueden remitirse a dentistas especialistas y se puede exigir preaprobación (autorización previa) para otros.

### Cita inicial para evaluación de salud dental

Como nuevo afiliado de [Health Net](#), es importante que tenga una cita inicial de salud dental con su PCD dentro de los primeros 90 días desde su afiliación. Su PCD examinará su estado bucal y determinará sus necesidades dentales. Su PCD evaluará sus necesidades de cuidado bucal y desarrollará un plan de tratamiento para mantener sus dientes, encías y boca en buen estado. También hay recursos de educación y consejos en salud bucal disponibles de forma gratuita en el sitio web de [Health Net \(www.hndental.com\)](#).

La información de su PCD se incluye en su carta de bienvenida y está disponible en el portal para afiliados. Si necesita ayuda para concertar una cita inicial de salud dental con su PCD, llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).



Lleve consigo a su cita su tarjeta BIC de Medi-Cal y su tarjeta de identificación de [Health Net](#). Es una buena idea llevar una lista de los medicamentos que toma y preguntas que quiera hacer a su cita inicial de salud dental.

En la cita, el PCD puede hacerle algunas preguntas sobre su historial médico o pedirle que complete un cuestionario. Prepárese para hablar con su PCD sobre sus necesidades y preocupaciones en materia de cuidado médico.

Si va a llegar tarde o no puede acudir a la cita programada, asegúrese de llamar al consultorio de su PCD para informarle.

### Servicios cubiertos

Todos los servicios dentales deben cumplir los requisitos de Medi-Cal para estar cubiertos. Los servicios dentales que pueden estar cubiertos para niños son los siguientes:

- Exámenes y radiografías
- Limpiezas
- Tratamientos con fluoruro
- Selladores
- Empastes
- Coronas
- Extracciones dentales
- Tratamientos de conducto
- Frenillos

Los servicios dentales que pueden estar cubiertos para adultos son los siguientes:

- Exámenes y radiografías
- Limpiezas
- Limpiezas profundas (eliminación de sarro y alisado radicular)
- Tratamientos con fluoruro
- Empastes
- Coronas
- Tratamientos de conducto
- Extracciones dentales
- Prótesis totales y parciales
- Otros servicios dentales necesarios por razones médicas

Lea el capítulo 4 de este *Manual*, para consultar la lista completa de servicios dentales para niños y adultos.

---

## Cuidado dental de urgencia

[Health Net](#) cubre el cuidado dental de urgencia por un diente astillado, la pérdida de un



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

empaste, una corona o un puente, así como un dolor de muela sordo. Si necesita ver a un dentista de inmediato, pero no se trata de una emergencia, las citas de cuidado de urgencia están disponibles en un plazo de 72 horas.

Durante el horario normal de atención, llame a su dentista para pedir ayuda. Si es fuera del horario de atención, intente llamar a su dentista primero. Si no puede ponerse en contacto con su dentista, llame a [Health Net](tel:1-844-233-4522) en cualquier momento al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)) para solicitar asistencia.

---

## Cuidado dental de emergencia

[Health Net](#) cubre los cuidados dentales de emergencia. Una emergencia dental puede consistir en un dolor, una hemorragia o una inflamación que puede resultar perjudicial para usted o sus dientes si no se soluciona de inmediato. El cuidado dental de emergencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No necesita la aprobación de [Health Net](#) para recibir cuidado de emergencia.

Durante el horario normal de atención, llame a su dentista para pedir ayuda. Si es fuera del horario de atención, intente llamar a su dentista primero. Si no puede ponerse en contacto con su dentista, llame a [Health Net](tel:1-844-233-4522) en cualquier momento al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)) para solicitar asistencia.

También puede llamar al 911 o acudir al hospital más cercano. Si está de viaje, puede buscar un dentista que esté cerca para recibir cuidado de emergencia. Los dentistas que no tienen contrato con [Health Net](#) pueden cobrarle por el cuidado de emergencia. Le haremos un reembolso si paga el cuidado de emergencia.

En caso de emergencias médicas, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Si necesita ayuda, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Estamos aquí de [lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.](#) La llamada es gratuita.

---

## Dónde recibir cuidado dental

### Dentistas

Elegirá un dentista de cuidado primario (PCD) del directorio de proveedores dentales de [Health Net](#). Su PCD debe ser un dentista participante. Esto significa que el dentista pertenece a nuestra red. Para obtener una copia de nuestro directorio de proveedores dentales, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

Recibirá la mayoría de los servicios de su PCD. Su PCD le prestará la mayoría de los servicios de cuidado dental de rutina. Su PCD le remitirá (enviará) a especialistas de ser



necesario.

También debe llamar si desea asegurarse de que el PCD que desea esté aceptando pacientes nuevos.

Si acudía a un dentista por determinadas afecciones antes de afiliarse a [Health Net](#), es posible que pueda seguir acudiendo a ese dentista. Esto se denomina continuidad del cuidado. Puede obtener más información sobre continuidad del cuidado en la página 24 de este *Manual*. Para obtener más información, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

## Directorio de proveedores dentales

El directorio de proveedores dentales de [Health Net](#) es una lista de los proveedores que participan en la red de [Health Net](#). La red es el grupo de proveedores que trabajan con [Health Net](#).

El directorio de proveedores dentales de [Health Net](#) es una lista de los dentistas, especialistas dentales y clínicas consideradas como centros de salud certificados por el gobierno federal (FQHC).

El directorio de proveedores dentales contiene los nombres, las direcciones, los números de teléfono, los horarios de atención y los idiomas hablados de los proveedores. Indica si el proveedor acepta pacientes nuevos, las capacidades culturales y lingüísticas del proveedor (es decir, los idiomas que habla el proveedor o que ofrece a través de intérpretes, incluyendo lenguaje de señas estadounidense). También señala el nivel de accesibilidad física del edificio, tal como estacionamiento, rampas, escaleras con pasamanos y baños accesibles.

Encontrará el directorio de proveedores dentales en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

Llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)) si necesita un directorio de proveedores impreso.

---

## Red de proveedores dentales

La red de proveedores dentales es el grupo de dentistas y dentistas especializados que trabajan con [Health Net](#) para prestar los servicios cubiertos por Medi-Cal Dental a los afiliados de Medi-Cal.

### Dentro de la red

Usted recurrirá a dentistas de la red de [Health Net](#) para sus necesidades de cuidado dental. Recibirá cuidado preventivo y de rutina por parte de su PCD. También recurrirá a especialistas y otros proveedores de nuestra red.

Para obtener un directorio de proveedores dentales de la red, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). También puede encontrar nuestro directorio de proveedores dentales en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).



Llame a su PCD para cuidado dental de urgencia o de emergencia. Si desea ayuda para concertar una cita, o no se encuentra en su área de residencia, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

En caso de cuidado médico de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

## Fuera de la red

Los proveedores fuera de la red son aquellos que no tienen un acuerdo para trabajar con [Health Net](#). Salvo en caso de cuidado de urgencia o de emergencia, es posible que tenga que pagar el cuidado prestado por proveedores fuera de la red. Si necesita servicios cubiertos de cuidado dental, puede recibirlos de dentistas fuera de la red sin costo alguno siempre y cuando sean necesarios por razones médicas y no estén disponibles en la red.

Llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)) si necesita ayuda con servicios fuera de la red.

Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio y necesita cuidado que **no** sea de emergencia, llame de inmediato a su PCD. También puede llamar al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

Si tiene preguntas sobre cuidado fuera de la red o fuera del área, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

---

## Dentista de cuidado primario (PCD)

Su dentista de cuidado primario (PCD) es el proveedor dental acreditado al que usted acudirá para la mayoría de los servicios de cuidado dental. Su PCD también le ayudará a obtener otros tipos de cuidado que necesite. Los afiliados nuevos deben elegir un PCD en un plazo de 30 días tras su afiliación a [Health Net](#). Puede escoger a un dentista general como su PCD.

También puede elegir un centro de salud certificado por el gobierno federal (FQHC), una clínica comunitaria, una clínica de salud para poblaciones indígenas americanas u otro centro de cuidado primario que cuente con servicios dentales como su PCD si pertenecen a la red de [Health Net](#) y si usted califica para sus servicios. Se trata de centros situados en áreas que no disponen de muchos servicios de cuidado dental.

Puede escoger el mismo o diferentes PCD para todos los miembros de su familia que estén afiliados a [Health Net](#).

Si no elige un PCD en un plazo de 30 días, un dentista que trabaje en cuidado para afiliados en [Health Net](#) elegirá un PCD por usted.

Su PCD se encargará de lo siguiente:



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

- Conocerá sus necesidades dentales.
- Conservará sus expedientes dentales.
- Le prestará el cuidado dental preventivo y de rutina que necesita.
- Le remitirá (enviará) a un especialista si lo necesita.

Puede consultar el directorio de proveedores dentales para encontrar un PCD en la red de [Health Net](#). El directorio de proveedores dentales tiene una lista de FQHC que trabajan con [Health Net](#).

Encontrará nuestro directorio de proveedores dentales en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com) o puede llamar al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). También puede llamar para saber si el PCD que desea está aceptando pacientes nuevos.

## Elección de dentistas

Usted es quien mejor conoce sus necesidades de cuidado dental, por lo que es mejor que usted elija su PCD.

Lo mejor es continuar con el mismo PCD para que pueda conocer sus necesidades de cuidado dental. Sin embargo, si desea cambiarse a un nuevo PCD, puede hacerlo en cualquier momento y tantas veces como desee. Debe elegir un PCD que pertenezca a la red de proveedores dentales de [Health Net](#) y que esté aceptando pacientes nuevos.

Su nueva elección se convertirá en su PCD de inmediato después de realizar el cambio.

Para cambiar su PCD, visite [www.hndental.com](http://www.hndental.com) o llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

[Health Net](#) puede cambiar su PCD si el que eligió no acepta pacientes nuevos, abandonó nuestra red o no atiende a pacientes de su edad. [Health Net](#) o su PCD también pueden pedirle que se cambie a un nuevo PCD si no se lleva bien o no se pone de acuerdo con su PCD, o bien si falta o llega tarde a las citas. Si tenemos que cambiar su PCD, se lo comunicaremos por escrito.

Si su PCD cambia, y no fue usted quien hizo el cambio, recibirá una carta por correo postal. La carta indicará el nombre de su nuevo PCD. Llame al Departamento de Servicios para Afiliados si tiene preguntas sobre su PCD. También recibirá por correo postal una nueva tarjeta de identificación del afiliado del plan dental. La carta indicará el nombre de su nuevo PCD. Si tiene preguntas sobre cómo obtener una nueva tarjeta de identificación, visite [www.hndental.com](http://www.hndental.com) o llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

---

## Servicios dentales a través de una facultad o universidad de odontología

[Health Net](#) tiene contratos con facultades y universidades de odontología para prestar servicios a la población de Medi-Cal. Si recibe cuidado dental que presta una facultad o



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

universidad de odontología, dichos servicios los pueden prestar estudiantes de odontología o de higiene dental, así como profesionales clínicos o instructores de la institución.

---

## Citas y visitas

Cuando necesite cuidado dental:

- Llame a su PCD.
  - Tenga a la mano su número de identificación de [Health Net](#).
  - Si el consultorio está cerrado, deje un mensaje con su nombre y número de teléfono.
  - Lleve consigo su BIC y la tarjeta de identificación del plan dental a su cita.
  - Si lo necesita, solicite a [Health Net](#) el transporte a su cita.
  - Solicite a [Health Net](#) los servicios de asistencia lingüística o de interpretación necesarios antes de su cita para disponer de los servicios en el momento de su visita.
  - Lleve consigo una tarjeta de identificación o licencia de conducir.
  - Llegue puntual a su cita.
  - Llame de inmediato si no puede acudir a la cita o si va a llegar tarde.
  - Tenga preparadas sus preguntas por si las necesita.
- 

## Pago

**No** tiene que pagar ningún deducible ni copago por los servicios cubiertos. No debería recibir una factura de un dentista. Es posible que reciba una explicación de beneficios (EOB) o extracto de un dentista. Los EOB y extractos no son facturas.

Si recibe una factura, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Infórmenos el monto cobrado, la fecha del servicio y el motivo de la factura.

Si recibe una factura o se le solicita que abone un copago, también puede presentar un formulario de presentación de reclamaciones. Tendrá que explicarnos por escrito por qué tuvo que pagar el artículo o servicio. Leeremos su reclamación y decidiremos si se le puede reembolsar el dinero. Si tiene preguntas o desea solicitar un formulario de presentación de reclamaciones, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

---

## Remisiones

[Health Net](#) no exige remisiones para ver a un especialista. No obstante, su PCD puede



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

remitirle a un especialista si lo necesita. Un especialista dental es aquel que se centra en un área de la odontología. Su PCD le ayudará a elegir un especialista. Desde el consultorio de su PCD pueden ayudarle a concertar una cita con el especialista.

Su PCD puede darle un formulario para que lo lleve al especialista dental. El especialista dental cumplimentará el formulario y lo enviará a su PCD.

Si desea una copia de nuestra política de remisiones, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

No necesita una remisión para lo siguiente:

- Visitas al PCD
- Cuidado de urgencia o de emergencia

---

## Preaprobación (autorización previa)

Para algunos tipos de cuidado, su PCD o especialista dental tendrá que consultarnos antes de que usted reciba el cuidado. Esto se denomina autorización previa o preaprobación. Eso significa que [Health Net](#) está de acuerdo en que el cuidado es necesario por razones médicas. El cuidado dental es necesario por razones médicas si su objetivo es prevenir y eliminar enfermedades, infecciones y dolores orofaciales, restaurar la forma y función de la dentadura o bien corregir desfiguraciones o disfunciones faciales. Los servicios dentales deben cumplir las normas de los programas de Medi-Cal sobre necesidad por razones médicas.

Los siguientes servicios dentales necesitan preaprobación, aunque los reciba de un proveedor dental de la red de [Health Net](#):

- Tratamientos de conducto
- Coronas
- Prótesis totales y parciales
- Limpiezas profundas (eliminación de sarro y alisado radicular)
- Anestesia general y sedación intravenosa

Otros servicios dentales que su dentista recomiende también pueden exigir preaprobación.

Para algunos servicios, tales como el cuidado por parte de un especialista dental, usted necesita preaprobación si recibe el cuidado fuera de la red. Tomaremos una decisión en un plazo de 5 días hábiles en caso de servicios de rutina o de 72 horas en caso de cuidado de urgencia.

Revisaremos la solicitud para decidir si el cuidado es necesario por razones médicas y está cubierto. **No** pagamos a nuestros revisores para que denieguen cobertura o servicios dentales. Si no aprobamos el cuidado, le comunicaremos el motivo.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

Health Net se pondrá en contacto con usted si hace falta más información o más tiempo para revisar su solicitud.

---

## Segundas opiniones

Es posible que desee una segunda opinión sobre los cuidados que su PCD afirma que necesita, o bien sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, quizás desee una segunda opinión si no está seguro de necesitar un tratamiento o una cirugía prescritos.

Llame a su PCD para obtener una segunda opinión. Su PCD puede remitirle a un proveedor de la red para una segunda opinión. O llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Pagaremos el servicio de una segunda opinión si usted o su dentista de la red la solicitan y si la obtiene de un dentista de la red. No necesita nuestro permiso para obtener una segunda opinión si el dentista que elige está autorizado. Decidiremos en un plazo de 72 horas en caso de que tenga una solicitud urgente.

Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

Si denegamos su solicitud de una segunda opinión, puede presentar una querrela. Vaya a la página 69 de este *Manual* para obtener más información sobre querellas

---

## Acceso oportuno al cuidado

Health Net debe facilitar citas dentro de los siguientes plazos:

- Citas de rutina (incluyendo cuidado preventivo): 4 semanas
- Citas con especialistas: 30 días hábiles (mayores de 21 años de edad); 30 días calendario (menores de 21 años de edad)
- Citas de cuidado de urgencia: 72 horas
- Cuidado de emergencia: debe estar disponible las 24 horas, los 7 días de la semana



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

---

## Servicios de educación en salud dental

Los servicios de educación en salud dental forman parte de los servicios preventivos y de las visitas de cuidado médico dental primario. [Health Net](#) no solo se preocupa por los dientes. Nos preocupamos por la salud y el bienestar generales de nuestros afiliados. [Health Net](#) facilita el acceso gratuito a recursos y materiales educativos sobre odontología. Puede encontrar más información sobre los servicios comunitarios y los servicios de salud y bienestar que ofrecemos visitándonos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

El Departamento de Educación en Salud de [Health Net](#) ofrece programas, servicios y recursos gratuitos para ayudar a los afiliados de Medi-Cal a mantenerse saludables y a controlar sus afecciones médicas. Los afiliados y proveedores pueden obtener más información sobre los programas, servicios y recursos disponibles visitando [www.hndental.com](http://www.hndental.com) o llamando a la línea gratuita de información sobre educación en salud al (800) 804-6074 (TTY: [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

# 4. Beneficios y servicios

## Qué cubre su plan dental

En esta sección, le explicamos todos los servicios cubiertos de los que dispone como afiliado de [Health Net](#). Los servicios cubiertos son gratuitos siempre y cuando sean necesarios por razones médicas. El cuidado es necesario por razones médicas si su objetivo es prevenir y eliminar enfermedades, infecciones y dolores orofaciales, restaurar la forma y función de la dentadura, y corregir desfiguraciones o disfunciones faciales.

Ofrecemos los siguientes tipos de servicios dentales:

Tipo de servicio	Ejemplos
▪ Diagnóstico	Exámenes y radiografías
▪ Preventivo	Limpiezas, tratamientos con fluoruro, selladores (para niños)
▪ Restaurativo	Empastes y coronas
▪ Endodoncia	Pulpotomías, tratamientos de conducto
▪ Periodoncia	Cirugía de encías, limpieza profunda
▪ Prostodoncia removible	Prótesis inmediatas y totales, prótesis parciales, rebases
▪ Cirugía bucal y maxilofacial	Extracciones
▪ Ortodoncia	Frenillos (para niños)
▪ Complementarios	Sedación, anestesia general

Lea el resumen de beneficios y cada una de las secciones siguientes para informarse más sobre los servicios exactos que puede recibir.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

## Resumen de beneficios

A continuación, encontrará un resumen de beneficios dentales para adultos y niños:

✓ Beneficio    X No es un beneficio

Procedimiento	Alcance completo	Alcance limitado	Relacionado con el embarazo	Reside en un centro (hogar geriátrico especializado [SNF] o centro de cuidados intermedios [ICF])
Evaluación bucal (solo menores de 3 años de edad)	✓	X	X	✓
Examen inicial (mayores de 3 años de edad)	✓	X	✓	✓
Examen periódico (mayores de 3 años de edad)	✓	X	✓	✓
Limpiezas regulares	✓	X	✓	✓
Tratamiento con fluoruro	✓	X	✓	✓
Servicios de restauración: empastes	✓	X	✓	✓
Coronas*	✓	X	✓	✓
Eliminación de sarro y alisado radicular (limpieza profunda)**	✓	X	✓	✓
Mantenimiento periodontal (encías)	✓	X	✓	✓
Tratamientos de conducto en dientes frontales	✓	X	✓	✓
Tratamientos de conducto en dientes posteriores	✓	X	✓	✓
Prótesis parciales	✓	X	✓	✓
Prótesis totales	✓	X	✓	✓
Extracciones y cirugía bucal y maxilofacial	✓	✓	✓	✓
Servicios de emergencia	✓	✓	✓	✓

### Excepciones:

\*1. No es un beneficio para menores de 13 años de edad. Las coronas en molares o premolares (dientes posteriores) pueden estar cubiertas en función de la necesidad por razones médicas.

\*\*No es un beneficio para menores de 13 años de edad. Se permite en circunstancias especiales.



## Programa de Ampliación de Cuidado Posparto

El Programa de Ampliación de Cuidado Posparto ofrece cobertura ampliada a las afiliadas de Medi-Cal durante el embarazo y después de esta etapa. El programa amplía la cobertura de [Health Net](#) hasta 12 meses después de la finalización del embarazo, independientemente de los ingresos, la ciudadanía o la situación migratoria. No se necesitan acciones adicionales.

Los servicios necesarios por razones médicas incluyen servicios cubiertos que son razonables y necesarios respecto a lo siguiente:

- Proteger la vida;
- Prevenir enfermedades o discapacidades importantes;
- Aliviar el dolor intenso;
- Lograr un crecimiento y desarrollo adecuados a la edad; y
- Alcanzar, mantener y recuperar la capacidad funcional.

Para las afiliadas menores de 21 años de edad, los servicios necesarios por razones médicas incluyen todos los servicios cubiertos identificados anteriormente y cualquier otro servicio, tratamiento o medidas necesarios para corregir o mejorar defectos, enfermedades y afecciones físicas y mentales, tal y como exige el beneficio federal del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Precoces y Periódicos (EPSDT). Esto incluye el cuidado necesario para solucionar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental, o bien para mantener bajo control la afección del afiliado y evitar que empeore.

El Programa EPSDT ofrece una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes menores de 21 años de edad con bajos ingresos. El beneficio del Programa EPSDT es más completo que el beneficio para adultos. Está pensado para garantizar que los niños reciban detección y cuidado precoces, de modo que se eviten o se diagnostiquen problemas de salud y se traten lo antes posible. La meta del Programa EPSDT es garantizar que cada niño reciba el cuidado médico que necesita cuando lo necesite: el cuidado correcto en el momento correcto y en el entorno correcto.

## Frecuencia de los servicios

Los servicios dentales están cubiertos si son necesarios por razones médicas. Sin embargo, hay límites para ciertos servicios en cuanto a la cantidad de veces que puede recibirlos en un período de tiempo determinado. A continuación, se indican los servicios comunes que tienen límites:

- Exámenes: cada 6 meses (menores de 21 años de edad) o cada 12 meses (mayores de 21 años de edad)
- Radiografías interproximales: cada 6 meses
- Radiografías de boca completa: cada 36 meses
- Radiografías panorámicas: cada 36 meses
- Limpieza dental: cada 6 meses (menores de 21 años de edad) o cada 12 meses (mayores de 21 años de edad)
- Fluoruro tópico: cada 6 meses (menores de 21 años de edad) o cada 12 meses (mayores de 21 años de edad)
- Selladores: cada 36 meses (solo menores de 21 años de edad)
- Empastes: cada 12 meses (por diente de leche); cada 36 meses (por diente permanente)
- Coronas: cada 5 años (mayores de 13 años de edad)



- Limpieza profunda (eliminación de sarro o alisado radicular): cada 24 meses por cuadrante (mayores de 13 años de edad)
- Prótesis totales y parciales: cada 5 años
- Reparación y rebasado de prótesis: dos veces al año

### Servicios de teleodontología

La teleodontología es una manera de recibir servicios sin estar en la misma ubicación física que su dentista. La teleodontología puede implicar mantener una conversación en directo con su proveedor o compartir información con su dentista sin una conversación en directo. Es importante que tanto usted como su dentista estén de acuerdo en que el uso de la teleodontología para un servicio en particular es adecuado para usted. Puede ponerse en contacto con su dentista para saber qué tipos de servicios pueden ofrecerse a través de la teleodontología.

### Transporte médico no urgente

Tiene derecho a utilizar el servicio de transporte médico no urgente (NEMT) cuando, por razones físicas o médicas, no pueda acudir a su cita médica en auto, autobús, tren o taxi, y el plan se hace cargo de los gastos de su afección dental.

El NEMT es una ambulancia, furgoneta con camilla, furgoneta para sillas de ruedas o transporte aéreo. El NEMT no es un auto, autobús o taxi. [Health Net](#) permite el NEMT de menor costo para sus necesidades dentales cuando necesite que lo lleven a su cita. Esto significa que, por ejemplo, si usted está en condiciones físicas o médicas de transportarse en una furgoneta para sillas de ruedas, [Health Net](#) no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho a transporte aéreo si su afección médica hace imposible cualquier modalidad de transporte terrestre.

El NEMT se debe utilizar en las siguientes situaciones:

- Necesidad por razones físicas o médicas determinada mediante prescripción escrita de un médico.
- No esté en condiciones físicas o médicas de utilizar un autobús, taxi, auto o furgoneta para acudir a su cita.
- Reciba aprobación previa por parte de [Health Net](#) con una prescripción escrita de un médico.

Para solicitar un NEMT, llame a [Health Net](#) al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) al menos 10 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para citas de urgencia, llame lo antes posible. Cuando llame, tenga a la mano su tarjeta de identificación del afiliado.

### Límites del NEMT

No existen límites para recibir NEMT hacia o desde citas dentales cubiertas por [Health Net](#) cuando un proveedor se lo haya prescrito.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

### *¿Cuándo no se aplica?*

No se facilitará transporte si su afección física y médica le permite llegar a su cita dental en auto, autobús, taxi u otro medio de transporte de fácil acceso. Tampoco se brindará transporte si el servicio no está cubierto por [Health Net](#). Hay una lista de servicios cubiertos en este *Manual del afiliado*.

### *Costo para el afiliado*

El transporte autorizado por [Health Net](#) es gratuito.

### **Transporte no médico**

Puede utilizar transporte no médico (NMT) en las siguientes situaciones:

- Desplazarse hacia o desde a una cita para un servicio cubierto por [Health Net](#) prescrito por su proveedor.

[Health Net](#) le permite utilizar un auto, taxi, autobús u otro medio público o privado para acudir a su cita dental para los servicios médicos cubiertos por el plan. Esto incluye el reembolso por millas recorridas cuando el transporte se realice en un vehículo privado gestionado por el afiliado y no a través de un agente de transporte, pases de autobús, vales de taxi o boletos de tren. [Health Net](#) permite el tipo de NMT de menor costo para sus necesidades dentales que esté disponible en el momento de su cita.

Para solicitar los servicios de NMT, llame a [Health Net](#) al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)) al menos 10 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita o llame lo antes posible cuando tenga una cita de urgencia. Cuando llame, tenga a la mano su tarjeta de identificación del afiliado.

### *Límites del NMT*

No existen límites para recibir NMT hacia o desde citas dentales cubiertas por [Health Net](#) cuando un proveedor se lo haya prescrito.

### *¿Cuándo no se aplica?*

El NMT no se aplica en las siguientes situaciones:

- Por razones médicas, usted necesita una ambulancia, furgoneta con camilla, furgoneta para silla de ruedas u otra modalidad de NEMT para llegar a un servicio cubierto.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

- El servicio no está cubierto por [Health Net](#). Hay una lista de servicios cubiertos en este *Manual del afiliado*.

### Costo para el afiliado

El transporte autorizado por [Health Net](#) es gratuito.

## Servicios de trabajadores sociales de salud comunitaria (CHW)

[Health Net](#) cubre los servicios de trabajadores sociales de salud comunitaria (CHW) para los afiliados cuando sean recomendados por un proveedor acreditado para prevenir enfermedades, discapacidades y otras afecciones de salud bucal o su avance. Los servicios de CHW no tienen límites de ubicación.

Los servicios pueden incluir lo siguiente:

- Educación sobre salud bucal para promover la salud bucal del afiliado o abordar los obstáculos al cuidado médico dental, incluyendo el suministro de información coherente con las normas establecidas o reconocidas de cuidado de la salud bucal.
- Orientación en salud bucal, que incluye ofrecimiento de información, capacitación y apoyo para ayudar a conseguir cuidado médico y recursos comunitarios.
- 

Servicios de detección y evaluación que ayudan a poner al afiliado en contacto con servicios para mejorar su salud bucal.

## Qué no cubre su plan dental

Medi-Cal **no cubre los siguientes servicios dentales a partir de los 21 años de edad\***:

- Coronas de porcelana con metal altamente noble (oro).
- Procedimientos considerados "generales" o "inclusivos" con un beneficio no cubierto.
- Prótesis parciales de base flexible
- Tratamiento de ortodoncia (frenillos).
- Los servicios de restauración y coronas no constituyen un beneficio cuando la prognosis del diente es dudosa debido a la no restaurabilidad o a la afectación periodontal.
- No constituyen un beneficio los servicios de restauración y de coronas prestados exclusivamente para sustituir la estructura dental perdida por desgaste, abrasión, erosión o con fines estéticos.
- Limpieza profunda o eliminación de sarro cuando las radiografías no muestran indicios radiográficos de pérdida ósea.
- Prótesis parciales de base metálica, salvo que exista una prótesis total en la otra arcada o que se haya planificado un tratamiento aprobado.



- Prótesis parcial fija (puente), salvo ante afecciones médicas excepcionales.
- Implantes y servicios relacionados con implantes, salvo ante afecciones médicas excepcionales.

Pueden aplicarse excepciones para afecciones médicas.

Los servicios dentales prestados fuera del [condado de Los Ángeles](#) no están cubiertos, a menos que se trate de una emergencia.

[Health Net](#) no cubre los servicios de asesoría o remisión por motivos morales o religiosos. Para recibir estos servicios, póngase en contacto con Medi-Cal Dental llamando al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922).

---

## Servicios que no puede recibir a través de [Health Net](#) o Medi-Cal

Hay algunos servicios que ni [Health Net](#) ni Medi-Cal cubrirán, e incluyen los siguientes:

- Programa de Servicios para Niños de California (CCS).
- Servicios no relacionados con cuidado dental.
- Cualquier servicio dental que no esté cubierto por el Programa Medi-Cal Dental.
- Servicios, procedimientos, aparatos o restauraciones dentales para tratar la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) si no consta en el expediente una autorización previa aprobada.
- Servicios dentales con fines estéticos, según se determine mediante una revisión profesional.
- Servicios dentales que no son necesarios por razones médicas, según se determine mediante una revisión profesional.
- Servicios dentales para la restauración de la estructura dental perdida por desgaste, abrasión, erosión o con fines estéticos.
- Servicios dentales para la extracción de terceros molares (muelas del juicio), salvo que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Cualquier servicio dental que no haya prestado su PCD o especialista asignado, salvo autorización expresa de [Health Net](#).
- Cualquier servicio dental de rutina prestado por un dentista o especialista en un entorno hospitalario de internación o ambulatorio.

Lea cada una de las secciones a continuación para obtener más información. O llame al [1-844-233-4522](#) (TTY [1-800-466-7566](#)).



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](#) (TTY/TDD [1-800-466-7566](#)). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

## Programa de Servicios para Niños de California (CCS)

Servicios para Niños de California (CCS) es un programa estatal que atiende a niños menores de 21 años de edad con determinadas afecciones, enfermedades o problemas de salud crónicos y que cumplen las normas de dicho programa. Si [Health Net](#) o su médico de cuidado primario (PCP) creen que su hijo experimenta una afección cubierta por el Programa CCS, se le remitirá a dicho programa.

El personal del Programa CCS decidirá si su hijo califica para recibir servicios del Programa. Si su hijo puede recibir este tipo de cuidado, los proveedores del Programa CCS brindarán tratamiento para la afección cubierta por dicho Programa. [Health Net](#) seguirá cubriendo los tipos de servicios que no estén relacionados con la afección cubierta por el Programa CCS, tales como exámenes físicos, vacunas y chequeos pediátricos.

[Health Net](#) no cubre el cuidado prestado por el Programa CCS. Para que el Programa CCS cubra estos problemas, debe otorgar aprobación al proveedor, a los servicios y a los equipos.

El Programa CCS no cubre todos los problemas. El Programa CCS cubre la mayoría de los problemas que incapacitan físicamente o que deben tratarse con medicamentos, cirugía o rehabilitación. El Programa CCS cubre a niños con problemas como los siguientes:

- Cardiopatías congénitas
- Cánceres
- Tumores
- Hemofilia
- Anemia falciforme
- Problemas de tiroides
- Diabetes
- Problemas renales crónicos graves
- Enfermedades hepáticas
- Enfermedades intestinales
- Labio leporino o paladar hendido
- Espina bífida
- Pérdida de la audición
- Cataratas
- Parálisis cerebral
- Convulsiones no controladas
- Artritis reumatoide



- Distrofia muscular
- SIDA
- Lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal
- Quemaduras graves
- Dientes gravemente torcidos

El estado paga los servicios del Programa CCS. Si su hijo no es elegible para recibir servicios del Programa CCS, seguirá recibiendo el cuidado necesario por razones médicas de [Health Net](#).

Para obtener más información sobre el Programa CCS, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

## Otros programas y servicios de Medi-Cal

Existen otros programas y servicios de Medi-Cal, entre los que se incluyen los siguientes:

- **Educación en salud.** El Departamento de Educación en Salud de [Health Net](#) ofrece programas, servicios y recursos gratuitos para ayudar a los afiliados de Medi-Cal a mantenerse saludables y a controlar sus afecciones médicas. Los afiliados y proveedores pueden obtener más información sobre los programas, servicios y recursos disponibles visitando [www.hndental.com](http://www.hndental.com) o llamando al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY: [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).
- **Exenciones de Medi-Cal.** Un programa que presta servicios adicionales a grupos específicos de personas, servicios limitados a zonas geográficas en particular y cobertura médica a personas que, de otro modo, no serían elegibles para recibir servicios de Medi-Cal.
- **Programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare.** Una ley que incluye un beneficio de medicamentos recetados para los afiliados a la Parte D de Medicare.
- **Programa de Cuidado Oftalmológico.** Un beneficio de salud cubierto para la mayoría de los afiliados elegibles bajo Medi-Cal.
- **Transporte.** Si bien entendemos que el Programa Medi-Cal cubre el transporte médico no urgente a través de las organizaciones de cuidado administrado (MCO), [Health Net](#) ofrece transporte a través de un proveedor local de alta calidad para sus afiliados.
- **Beneficios adicionales**  
**Programas de recompensas para afiliados.** Tras la aprobación por parte del Departamento de Servicios de Cuidado Médico (DHCS), [Health Net](#) ofrece un programa dental para ayudarle a mantenerse saludable y a llevar una vida más sana. Los llamamos **programas de comportamiento saludable**. Puede obtener recompensas participando en estos programas. Puede participar visitando a su



dentista y teniendo buenos hábitos de salud bucal. ¡Usted y su familia pueden recibir una tarjeta de regalo cuando vayan al dentista! La tarjeta de regalo de Amazon puede canjearse por artículos para la salud bucal (tales como cepillos de dientes, pasta de dientes, hilo dental y enjuague bucal), artículos para cuidado del bebé (tales como pañales, biberones y leche de fórmula), útiles escolares y ropa.

- Tarjeta de regalo de Amazon de \$20 (todos los afiliados)  
Cumplimentar el formulario inicial de detección de riesgos para la salud bucal y acudir a una visita dental preventiva en los primeros 90 días desde la afiliación.
- Tarjeta de regalo de Amazon de \$20 (afiliados infantiles de hasta un año de edad)  
Primera visita al consultorio dental al año de edad.
- Tarjeta de regalo de Amazon de \$20 (afiliados de 6 a 9 años de edad y de 10 a 14 años de edad)  
Recibir un sellador dental en un primer o segundo molar permanente.
- Tarjeta de regalo de Amazon de \$20 (afiliados infantiles)  
Acudir a dos visitas dentales preventivas en un período de 12 meses.
- Tarjeta de regalo de Amazon de \$20 (afiliados infantiles)  
Tras una extracción dental, finalizar una evaluación en línea sobre seguridad en materia de opiáceos y opciones alternativas para el tratamiento del dolor agudo (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos y acetaminofén).

Debe cumplimentar un formulario en línea que conste que cumple los criterios anteriores y que es elegible para la tarjeta de regalo. Un representante de [Health Net](#) revisará la información para confirmar si cumple o no los requisitos para recibir la tarjeta de regalo.

- **Beneficios con valor agregado:** [Health Net](#) ofrece códigos de beneficios dentales adicionales que Medi-Cal actualmente no cubre.

Lea cada una de las secciones a continuación para obtener más información sobre otros programas y servicios de Medi-Cal.

---

## Coordinación de beneficios

[Health Net](#) ofrece servicios para ayudarle a coordinar sus necesidades de cuidado dental sin costo alguno para usted. Si tiene preguntas o dudas sobre su cuidado dental o el de su hijo, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).  
Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.  
También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

---

# 5. Servicios dentales preventivos para niños y jóvenes

Los afiliados menores de 21 años de edad pueden recibir servicios dentales en cuanto se afilien. Esto garantiza que reciban los servicios dentales preventivos correctos. Se explican estos servicios en este capítulo.

---

## Cheques dentales

Mantenga limpias las encías de su bebé limpiándolas suavemente con una toallita todos los días. La “dentición” (cuando empiezan a salir los dientes de leche) comenzará aproximadamente entre los cuatro y los seis meses. Debe concertar una cita para la primera visita dental de su hijo en cuanto le salga el primer diente o antes de que cumpla un año, lo que suceda primero. Los siguientes servicios dentales de Medi-Cal son gratuitos o de bajo costo:

### Bebés de 0 a 3 años de edad:

- Primera visita dental del bebé
- Primer examen dental del bebé
- Exámenes dentales (cada 6 meses; cada 3 meses desde el nacimiento hasta los 3 años de edad)
- Radiografías
- Limpieza dental (cada 6 meses)
- Barniz de fluoruro (cada 6 meses)
- Empastes
- Extracciones dentales
- Servicios de emergencia
- Sedación (si es necesaria por razones médicas)

### Niños de 4 a 12 años de edad:

- Exámenes dentales (cada 6 meses)



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

- Radiografías
- Limpieza dental (cada 6 meses)
- Barniz de fluoruro (cada 6 meses)
- Selladores molares
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Extracciones dentales
- Servicios de emergencia
- Sedación (si es necesaria por razones médicas)

### Adolescentes de 13 a 20 años de edad:

- Exámenes dentales (cada 6 meses)
- Radiografías
- Barniz de fluoruro (cada 6 meses)
- Limpieza dental (cada 6 meses)
- Ortodoncia (frenillos) para aquellos que califiquen
- Empastes
- Coronas
- Tratamientos de conducto
- Prótesis parciales y totales
- Eliminación de sarro y alisado radicular
- Extracciones dentales
- Servicios de emergencia
- Sedación (si es necesaria por razones médicas)

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios dentales cubiertos por Medi-Cal, llame al 1-844-233-4522 (TTY 1-800-466-7566). También puede visitar el sitio web de [Health Net](http://www.hndental.com) en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

---

## Ayuda para obtener servicios dentales preventivos para niños y jóvenes

[Health Net](#) ayudará a los afiliados menores de 21 años de edad a obtener los servicios que necesitan. [Health Net](#) puede hacer lo siguiente:

- Informarle sobre los servicios disponibles.
- Ayudarle a encontrar proveedores dentro o fuera de la red, cuando sea necesario.
- Ayudarle a concertar citas.

Facilitar coordinación del cuidado para que obtenga el cuidado correcto, incluso si [Health Net](#) no sea responsable de su pago.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

# 6. Derechos y responsabilidades

Como afiliado de [Health Net](#), usted tiene determinados derechos y responsabilidades. Se explicarán esos derechos y responsabilidades en este capítulo. En este capítulo también encontrará las notificaciones legales a las que tiene derecho como afiliado de [Health Net](#).

## Sus derechos

Los afiliados de [Health Net](#) tienen los siguientes derechos:

- Ser tratado con respeto, y que se tenga debidamente en cuenta su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica y dental.
- Recibir información sobre el plan y sus servicios, incluyendo los servicios cubiertos, los proveedores y los derechos y las responsabilidades de los afiliados.
- Obtener información escrita sobre el afiliado totalmente traducida a su idioma de preferencia, incluyendo todas las notificaciones de querellas y apelaciones.
- Poder elegir un dentista de cuidado primario dentro de la red del contratista.
- Participar en la toma de decisiones sobre su propio cuidado dental, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.
- Expresar querellas, de forma verbal o por escrito, sobre la organización o el cuidado recibido.
- Recibir servicios de interpretación en su idioma.
- Tener acceso a centros de salud certificados por el gobierno federal, centros del Servicio de Salud para Comunidades Indígenas y servicios de emergencia fuera de la red del contratista, de conformidad con la ley federal.
- Solicitar una audiencia estatal y recibir información sobre las circunstancias bajo las que es posible la celebración de una audiencia acelerada.
- Tener acceso a su expediente dental y, cuando proceda legalmente, recibir copias de este, así como modificarlo o corregirlo.
- Desafiliarse, previa solicitud.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

- Recibir material informativo por escrito para afiliados en formatos alternativos (braille, letra grande, audio, etc.), previa solicitud y en el plazo adecuado según el formato solicitado, de conformidad con la sección 14182 (b)(12) del Código de Bienestar e Instituciones (W & I).
- Estar libre de cualquier modalidad de inmovilización o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de forma adecuada a la condición del afiliado y a su capacidad de comprensión.
- Recibir una copia de su expediente dental y solicitar que se modifique o corrija, tal como se especifica en las regulaciones federales.
- Poder ejercer estos derechos con libertad sin que ello afecte de manera negativa al trato que se recibe del contratista, los proveedores o el estado.

## Sus responsabilidades

Los afiliados de **Health Net** tienen las siguientes responsabilidades:

- Leer el *Manual del afiliado*.
- Utilizar su tarjeta BIC de Medi-Cal y su tarjeta de identificación de **Health Net** cuando acuda a una cita o reciba servicios.
- No permitir que otras personas utilicen su tarjeta BIC de Medi-Cal ni su tarjeta de identificación de **Health Net**.
- Informar a **Health Net** respecto al extravío o robo de su tarjeta de identificación.
- Conocer el nombre de su PCD y de su administrador de casos, si lo tiene.
- Conocer su plan dental y comprender las normas para recibir cuidado.
- Finalizar su cita inicial de salud dental con su PCD dentro de los primeros 90 días desde su afiliación.
- Cumplimentar el formulario de evaluación de riesgos para la salud bucal y enviarlo a **Health Net**, o bien cumplimentarlo en línea o llamar al Departamento de Servicios para Afiliados dentro de los primeros 90 días desde su afiliación. El formulario se encuentra en la página 51 de este *Manual del afiliado*.
- Finalizar el tratamiento con su PCD o el especialista asignado.
- Ser respetuoso con el personal de **Health Net**, su PCD y otros proveedores que le atiendan.
- Seguir todas las normas del consultorio dental sobre cuidado y conducta.
- Facilitar, a su leal saber y entender, información correcta sobre su salud física y dental al PCD, el especialista y **Health Net**.
- Informar al PCD o especialista si se producen cambios repentinos en su salud física y dental.
- Confirmar al PCD o especialista que comprende el plan de tratamiento y lo que se espera de usted.
- Seguir el plan de tratamiento que, habiendo comprendido, acordó con el PCD o especialista.
- Informar a **Health Net** de sus necesidades y expectativas respecto al PCD o especialista.



- Programar y acudir a las citas previstas con el PCD o especialista.
- Avisar al PCD o especialista si no puede acudir o si va a llegar tarde a las citas previstas con al menos 24 horas de antelación.
- Hacerse responsable de sus propias acciones si rechaza el tratamiento o no sigue el plan de tratamiento, las instrucciones y los consejos del PCD o especialista.
- Comprender sus beneficios dentales, incluyendo lo que está cubierto y lo que no.
- Pagar las tarifas o sumas a su dentista cuando acepte recibir servicios no cubiertos por su plan.
- Utilizar la sala de emergencias solo para verdaderas emergencias.
- Informarnos sobre cualquier otro seguro que tenga.
- Informarnos sobre cualquier cambio de domicilio, de situación familiar o de otra cobertura de salud.
- Informarnos si cree que hay fraude o abuso por parte del proveedor.
- Denunciar fraude, despilfarro o abuso contra [Health Net](#) o Medi-Cal.
- Facilitar información exacta al personal profesional, seguir las instrucciones y cooperar con los proveedores.

---

## Formas de participar como afiliado

[Health Net](#) quiere conocer su opinión. Cada trimestre, llevamos a cabo reuniones para hablar de lo que funciona bien y de lo que podemos mejorar. Los afiliados están invitados a asistir. ¡Únase y comparta su opinión!

### Comité Consultivo Comunitario de [Health Net](#)

Contamos con un grupo denominado [Comité Consultivo Comunitario \(CAC\)](#). Este grupo está conformado por afiliados de [Medi-Cal](#), [partes interesadas de la comunidad y personal de apoyo del plan](#). El grupo debate sobre cómo mejorar las políticas de [Health Net](#) y es responsable de lo siguiente:

- Recomendar maneras de atender mejor a nuestros afiliados.
- Revisar los parámetros de calidad para garantizar la satisfacción de los afiliados.
- Sugerir mejoras en los programas de [Health Net](#), incluyendo equidad en materia de salud bucal.

Si desea formar parte de este grupo, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

### Encuesta de satisfacción de los afiliados

Queremos conocer la opinión de nuestros afiliados. [Health Net](#) distribuirá y evaluará cada año encuestas de satisfacción de los afiliados. Las encuestas se realizan mediante entrevistas telefónicas, en línea o por correo electrónico. Cuando reciba la encuesta, le pedimos que participe y nos dé su opinión sincera.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

## Aviso de no discriminación

La discriminación es contra la ley. **Health Net** acata las leyes estatales y federales en materia de derechos civiles. No discrimina ilícitamente, no excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad de origen, identificación étnica, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

**Health Net** facilita lo siguiente:

- Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como las siguientes:
  - Intérpretes en lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (braille, letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y de otro tipo)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma materno no sea el inglés, tales como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con **Health Net** llamando al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.). Si no oye o no habla bien, llame al TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566) o al 711 para utilizar el servicio de retransmisión de California.



# Formulario de información sobre salud bucal de Medi-Cal

Usted recibe este formulario porque se afilió a un nuevo plan de cuidado dental administrado: Health Net Dental (Health Net). Utilizaremos este formulario para asegurarnos de que reciba el cuidado necesario.

**Marque las respuestas** que se apliquen en su caso con bolígrafo azul o negro. Cumplimente un formulario **por cada persona** de su familia que esté afiliada a Health Net. Si tiene alguna pregunta, llame de manera gratuita a Health Net al **1-844-233-4522**. Un representante está disponible para hablar con usted de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TDD/TTY deben marcar **711**.

**No es obligatorio cumplimentar este formulario.  
No se le denegará el cuidado a causa de sus respuestas confidenciales.**

<b>Nombre del afiliado:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>		
<b>Número de identificación de Medi-Cal:</b>				<b>Marque una opción:</b>
				<b>Sí</b>
				<b>No</b>
				<b>N/A</b>
<b>1.</b>	<b>¿Pasaron más de 12 meses desde su última visita dental?</b>			
<b>2.</b>	<b>¿Siente dolor al comer alimentos fríos, calientes o azucarados?</b>			
<b>3.</b>	<b>¿Siente dolor a causa de un diente que está saliendo?</b>			
<b>4.</b>	<b>¿Tiene uno o varios dientes infectados?</b>			
<b>5.</b>	<b>¿Tiene uno o varios dientes rotos?</b>			
<b>6.</b>	<b>¿Tiene la boca seca?</b>			
<b>7.</b>	<b>¿Le sangran las encías al cepillarse o usar hilo dental?</b>			
<b>8.</b>	<b>¿Se sometió a algún tratamiento de las encías (periodontal)?</b> <i>Si respuesta es "Sí", indique la fecha del último tratamiento: _____</i>			
<b>9.</b>	<b>¿Utiliza prótesis totales o parciales?</b>			
<b>10.</b>	<b>¿Está recibiendo radiación o quimioterapia en la actualidad?</b>			
<b>11.</b>	<b>¿Está embarazada?</b>			
<b>12.</b>	<b>¿Acude con regularidad al médico por una enfermedad crónica?</b> <i>Si la respuesta es "Sí", marque todo lo que corresponda:</i> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>13.</b>	<b>¿Tiene o se identifica con alguna discapacidad mental o física?</b>			
<b>Por favor, entregue el formulario cumplimentado utilizando el sobre con franqueo prepago adjunto o envíelo por correo postal así:</b> Health Net Dental, a la atención de: Case Management, P.O. Box 2182, Milwaukee, WI 53201-2182.				
Si cree que necesita ver a un dentista antes de que Health Net se ponga en contacto con usted, comuníquese con su consultorio dental o solicite cuidado en un hospital.				
<b>Comprendo que esta información se divulgará a mi nuevo plan dental.</b>				
<b>Firma.</b>		<b>Fecha de firma:</b>		



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al **1-844-233-4522** (TTY/TDD **1-800-466-7566**). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

## Cómo presentar una querrela

Puede presentar una querrela ante **Health Net** si cree que **Health Net** no le prestó estos servicios o le discriminó ilícitamente de alguna otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad de origen, identificación étnica, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. Puede presentar una querrela por teléfono, por escrito, en persona o por vía electrónica:

- **Por teléfono:** Póngase en contacto con **Health Net** entre 8:00 a. m. y 5:00 p. m. de lunes a viernes, llamando al **1-844-233-4522**. Si no oye o no habla bien, llame al TTY **1-800-466-7566**.
- **Por correo postal:** cumplimente un formulario de presentación de quejas o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:  
**Health Net**  
P.O. Box 10348  
Woodland Hills, CA 91410-0348  
Puede encontrar una copia del formulario en el sitio web de **Health Net** en [https://www.healthnet.com/content/healthnet/en\\_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-dental-appeals-and-grievances.html](https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-dental-appeals-and-grievances.html).
- **En persona:** acuda al consultorio de su médico o a **Health Net** y diga que quiere presentar una querrela.
- **Por vía electrónica:** Visite el sitio web de **Health Net** en [https://www.healthnet.com/content/healthnet/en\\_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-dental-appeals-and-grievances.html](https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-dental-appeals-and-grievances.html).

### OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE CUIDADO MÉDICO DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Cuidado Médico de California por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar u oír bien, llame al **711 (servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.
- **Por correo postal:** Cumplimente un formulario de presentación de quejas o envíe una carta a la siguiente dirección:

**Oficina de Derechos Civiles**  
**Departamento de Servicios de Cuidado Médico**  
**Oficina de Derechos Civiles**  
**P.O. Box 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al **1-844-233-4522** (TTY/TDD **1-800-466-7566**). **Health Net** está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

Los formularios de presentación de quejas están disponibles en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si cree que experimentó discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o género, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar u oír bien, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por correo postal: Cumplimente un formulario de presentación de quejas o envíe una carta a la siguiente dirección:  
**Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**  
**200 Independence Avenue, SW**  
**Room 509F, HHH Building**  
**Washington, D.C. 20201**

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

- En línea: Visite el portal de presentación de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby>.

**Health Net** le permite a usted o a su representante solicitar las comunicaciones confidenciales en el formato que requiera, si la información es fácil de facilitar en ese formato, o en lugares alternativos.

- **Health Net** exige que usted o su representante realicen la solicitud de comunicaciones confidenciales por escrito.
- La solicitud de comunicaciones confidenciales es válida hasta que usted presente una solicitud para revocarla o una nueva.
- La solicitud de comunicaciones confidenciales se aplica a todas las comunicaciones que divulguen información médica o el nombre y la dirección del proveedor en relación con los servicios médicos que usted recibe.
- **Health Net** implementará la solicitud en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de una transmisión electrónica, o bien en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción por correo prioritario. **Health Net** acusará recibo de la solicitud y le informará del estado de su implementación si así lo solicita.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al **1-844-233-4522** (TTY/TDD **1-800-466-7566**). **Health Net** está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

## Aviso de prácticas de privacidad

Se encuentra disponible una declaración que describe las políticas y los procedimientos de [Health Net](#) para preservar la confidencialidad de expedientes dentales, la que se le facilitará si así lo solicita. A continuación, se incluye la declaración de [Health Net](#) sobre sus políticas y procedimientos para proteger su información médica (denominada “Aviso de prácticas de privacidad”):

SE ENCUENTRA DISPONIBLE UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE [HEALTH NET](#) PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE EXPEDIENTES DENTALES, LA QUE SE LE FACILITARÁ SI ASÍ LO SOLICITA.

Tal y como lo exige la ley, este aviso aborda sus derechos, nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información médica personal (PHI). Este aviso también detalla la forma en que podemos recopilar, utilizar y divulgar su PHI. Debemos seguir las órdenes del aviso actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho a realizar cambios en este aviso de vez en cuando y a hacer efectivo el nuevo aviso para toda la PHI que conservamos. Puede encontrar nuestro aviso de privacidad más reciente en nuestro sitio web ([www.hndental.com](http://www.hndental.com)).

Llame de lunes a viernes a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)), de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., para obtener una copia escrita de este aviso.

Para obtener información sobre sus derechos, sus opciones, los usos y divulgaciones de información, así como las responsabilidades del DHCS, consulte las prácticas de privacidad del DHCS en línea (<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>).

## Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun cuando no se incluyan o expliquen en este *Manual*. Las principales leyes que se aplican a este *Manual* son las leyes estatales y federales sobre el Programa Medi-Cal. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

## Aviso sobre Medi-Cal como pagador de última instancia, otro tipo de cobertura y resarcimiento por actos lesivos

El Programa Medi-Cal acata las leyes y regulaciones estatales y federales relativas a la responsabilidad civil legal de terceros por los servicios de cuidado médico prestados a sus afiliados. [Health Net](#) tomará todas las medidas razonables para garantizar que el Programa Medi-Cal solo sea el pagador de última instancia.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

Los afiliados a Medi-Cal pueden contar con otro tipo de cobertura de salud (OHC), también denominada seguro privado. Como condición para ser elegible para Medi-Cal, usted debe solicitar o conservar cualquier OHC disponible cuando sea gratuita.

Las leyes federales y estatales exigen que los afiliados a Medi-Cal informen sobre la OHC y cualquier cambio en una OHC existente. Es posible que tenga que reembolsar al DHCS los beneficios pagados por error si no informó con prontitud acerca de la OHC. Informe sobre su OHC en línea en <http://dhcs.ca.gov/OHC>.

Si no tiene acceso a internet, puede informar sobre la OHC a **Health Net** llamando al **1-844-233-4522** (TTY **1-800-466-7566** o **711**). También puede llamar al Centro de Tramitación de OHC del DHCS al **1-800-541-5555** (TTY **1-800-430-7077** o **711**) o al **1-916-636-1980**.

El DHCS tiene el derecho y la responsabilidad de que se le reembolsen los servicios cubiertos por Medi-Cal de los que Medi-Cal no sea el primer pagador. Por ejemplo, si usted se lesiona en un accidente automovilístico o en el trabajo, es posible que el seguro de automóvil o de indemnización laboral tenga que pagar su cuidado médico o reembolsar a Medi-Cal si ya pagó.

Si se lesiona y otra parte es responsable de su lesión, usted o su representante legal deben notificarlo al DHCS en un plazo de 30 días a partir de la presentación de una acción legal o una reclamación. Envíe su notificación en línea a los siguientes destinos:

- Programa de Lesiones Personales en <https://dhcs.ca.gov/PIForms>.
- Programa de Resarcimiento Mediante Indemnización Laboral en <https://dhcs.ca.gov/WC>.

Para obtener más información, visite el sitio web de la División de Responsabilidad Civil y Resarcimiento de Terceros del DHCS en <https://dhcs.ca.gov/tplrd> o llame al **1-916-445-9891**.

---

## Aviso de medida

**Health Net** le enviará una carta de aviso de medida (NOA) cada vez que **Health Net** deniegue, retrase, cancele o modifique una solicitud de servicios de cuidado dental. Si no está de acuerdo con la decisión, siempre puede presentar una apelación ante **Health Net**. Consulte la sección “Apelaciones” del capítulo 7 de este *Manual* para obtener información importante sobre cómo presentar su apelación. Cuando **Health Net** le envíe un NOA, se le informará cuáles son sus derechos en caso de que no esté de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

### Contenido de los avisos

Si **Health Net** basa la denegación, el retraso, la modificación, la cancelación, la suspensión o la reducción de sus servicios, de forma total o parcial, en la necesidad por razones médicas, su NOA debe contener lo siguiente:

- Una declaración de la medida que **Health Net** pretende tomar.
- Una explicación clara y concisa de los motivos de la decisión de **Health Net**.
- Cómo tomó la decisión **Health Net**, incluyendo las normas que se utilizaron.
- Los motivos de la decisión. **Health Net** debe indicar con claridad por qué su afección no satisface las normas o lineamientos.



### **Traducciones**

Health Net tiene la obligación de traducir íntegramente y facilitar información escrita a los afiliados en los idiomas comunes preferidos, incluyendo todos los avisos de querellas y apelaciones.

El aviso traducido en su totalidad debe incluir el motivo médico de la decisión de Health Net de denegar, retrasar, modificar, cancelar, suspender o reducir una solicitud de servicios de cuidado médico.

Si no se dispone de traducción a su idioma de preferencia, Health Net tiene la obligación de ofrecerle ayuda verbal en su idioma de preferencia para que pueda comprender la información que reciba.



# 7. Notificación y resolución de problemas

Hay dos maneras de notificar y resolver problemas:

- Valerse de una **queja** (o **querella**) cuando tenga un problema con **Health Net**, con un proveedor o con el cuidado o tratamiento dental que recibió de un proveedor.
- Valerse de una **apelación** cuando no esté de acuerdo con la decisión de **Health Net** de no cubrir ciertos servicios.

Tiene derecho a presentar una querella y apelación ante **Health Net** para comunicarnos su problema. Esto no le quita ninguno de sus derechos y recursos legales. Tampoco le discriminaremos ni tomaremos represalias contra usted por quejarse ante nosotros. Informarnos de su problema nos ayudará a mejorar el cuidado a todos los afiliados.

En primer lugar, puede ponerse en contacto con **Health Net** para comunicarnos su problema. Llámenos de **lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.** al **1-844-233-4522** (TTY **1-800-466-7566** o **711**). Comuníquenos su problema.

Si su querella o apelación sigue sin resolverse después de 30 días, o bien si no está conforme con el resultado, puede llamar al Departamento de Cuidado Médico Administrado de California (DMHC). Pida al DMHC que revise su queja o lleve a cabo una revisión médica independiente (IMR). Si su caso es urgente, como los que implican una amenaza grave para su salud, puede llamar de inmediato al DMHC sin presentar primero una querella o apelación ante **Health Net**. Puede llamar gratis al DMHC al **1-888-466-2219** (TTY **1-877-688-9891** o **711**). También puede visitar el sitio web (<https://www.dmhc.ca.gov>).

La Defensoría del Pueblo de Cuidado Administrado de Medi-Cal del DHCS también puede prestar ayuda. La Defensoría del Pueblo puede ayudar con los problemas que el plan no haya resuelto; los problemas para afiliarse, cambiar o desafiarse de un plan; y otros problemas con un plan de cuidado administrado de Medi-Cal. Puede llamar a la Defensoría del Pueblo al **1-888-452-8609** (lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.).

También puede presentar una querella ante la oficina de elegibilidad de su condado respecto a su elegibilidad para Medi-Cal. Si no sabe ante quién puede presentar su querella, llame al **1-844-233-4522** (TTY **1-800-466-7566**).



## Quejas

Una queja (o querrela) puede referirse al cuidado que recibe de un proveedor de la red. Una queja también puede referirse a [Health Net](#). A continuación, encontrará más información sobre apelaciones y audiencias estatales. Puede presentar su queja ante su PCD o ante [Health Net](#).

Puede presentarnos una queja por teléfono o por correo postal. No hay límite de tiempo para presentar una queja.

- **Por teléfono:** Llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Indique el número de identificación de su plan dental, su nombre y el motivo de su queja.
- **Por correo postal:** llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Pida que se le envíe un formulario. Cuando reciba el formulario, cumpliméntelo. Asegúrese de incluir su nombre, el número de identificación del plan dental y el motivo de su queja. Cuéntenos qué pasó y cómo podemos ayudarle.

Envíe el formulario por correo postal así:

[Health Net](#)

P.O. Box 10348

Woodland Hills, CA 91410-0348

- **En línea:** Visite el sitio web de [Health Net](#). Vaya a [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

Si necesita ayuda para presentar su queja, podemos ayudarle. Podemos ofrecerle servicios lingüísticos gratuitos. Llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

En un plazo de 5 días calendario desde la recepción de su queja, le enviaremos una carta comunicándole que la recibimos. En un plazo de 30 días, le enviaremos otra carta en la que le informaremos cómo resolvimos su problema.

Si tiene un asunto urgente relacionado con un problema grave de salud, iniciaremos una revisión acelerada. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas tras la recepción de su queja.

Para solicitar una revisión acelerada, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

En las 72 horas siguientes a la recepción de su queja, decidiremos cómo la gestionaremos y si la agilizaremos. Si consideramos que no vamos a agilizar su queja, le responderemos que la resolveremos en un plazo de 30 días. Puede ponerse en contacto directamente con el DMHC por cualquier motivo, por ejemplo, si cree que su consulta califica para una revisión acelerada, si [Health Net](#) no le responde en el plazo de 72 horas o si no está conforme con la decisión de [Health Net](#).



## Apelaciones

Una apelación es diferente de una queja. Una apelación es una solicitud en la que se pide que [Health Net](#) revise y modifique una decisión ya tomada sobre la cobertura de un servicio solicitado. Si le enviamos una carta de aviso de medida (NOA) comunicándole que vamos a denegar, retrasar, cambiar o finalizar un servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación, o bien su PCD puede presentarla en su nombre. Para que su PCD pueda presentar la apelación, usted deberá otorgarle un formulario de autorización de representación (AOR).

Puede presentar una apelación por teléfono, por correo postal o en línea. Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que recibió el NOA.

Puede presentar una apelación por teléfono, por correo postal o en línea:

- **Por teléfono:** llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Indique su nombre, el número de identificación del plan de salud y el servicio por el que presenta la apelación.
- **Por correo postal:** Puede encontrar una copia del formulario en el sitio web de [Health Net](#) en [https://www.healthnet.com/content/healthnet/en\\_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-dental-appeals-and-grievances.html](https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-dental-appeals-and-grievances.html). También puede llamar al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)) y pedir que se le envíe un formulario. Cuando reciba el formulario, compliméntelo. Asegúrese de incluir su nombre, el número de identificación del plan dental y el servicio por el que presenta la apelación.

Envíe el formulario por correo postal así:

[Health Net](#)

P.O. Box 10348

Woodland Hills, CA 91410-0348

- **En línea:** Visite el sitio web de [Health Net](#). Vaya a [https://www.healthnet.com/content/healthnet/en\\_us/members/medi-cal.html](https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/medi-cal.html).

Si en el aviso que le enviamos se le informa que los servicios van a suspenderse, puede seguir recibéndolos durante su apelación. Para ello, usted o su PCD deben solicitar una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se le envió el aviso por correo. Debe decirnos que quiere seguir recibiendo los servicios.

Si necesita ayuda para presentar su apelación, podemos ayudarle. Podemos ofrecerle servicios lingüísticos gratuitos. Llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

En 5 días calendario tras la recepción de su apelación, le enviaremos una carta para informarle de que la recibimos. En un plazo de 30 días, le comunicaremos nuestra



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). [Health Net](#) está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

decisión respecto a la apelación y le enviaremos una carta de aviso de resolución de apelación (NAR). Si no le comunicamos nuestra decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días, puede solicitar una audiencia estatal al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) y una revisión médica independiente (IMR) al DMHC.

Si usted o su dentista desean que tomemos una decisión rápida porque el tiempo necesario para resolver su apelación pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad funcional, puede solicitar una revisión acelerada. Para solicitar una revisión acelerada, llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Tomaremos una decisión en las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.

---

## Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión con personas del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS). Un juez le ayudará a resolver su problema. Puede solicitar una audiencia estatal solo **después** de haber concluido un proceso de apelación dentro de [Health Net](#), si aún no está conforme con la decisión o si no recibió una respuesta sobre su apelación después de 30 días.

Puede solicitar una audiencia estatal por teléfono o por correo postal. Debe solicitar la audiencia estatal en un plazo máximo de 120 días calendario a partir de la fecha en que se le notifique la decisión sobre la apelación. Su PCD puede solicitar una audiencia estatal para usted si obtiene la aprobación del CDSS. Llame al CDSS para pedir al estado que apruebe que su PCD pida una audiencia estatal.

Si en el aviso que le enviamos se le informa que los servicios van a suspenderse, puede seguir recibéndolos durante su audiencia estatal. Para ello, usted o su PCD deben solicitar una audiencia estatal en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se le envió el aviso por correo. Debe decir que desea seguir recibiendo servicios.

Para solicitar una audiencia estatal por teléfono, llame a la Unidad de Respuesta al Público del CDSS al **1-800-952-5253** (TDD 1-800-952-8349).

Para solicitar una audiencia estatal por correo postal, cumplimente el formulario que se le facilitó junto con el aviso de resolución de su apelación. Envíelo así:

División de Audiencias Estatales  
Departamento de Servicios Sociales de California  
P.O. Box 944243, MS 09-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

Si necesita asistencia para solicitar una audiencia estatal, podemos ayudarle. Podemos ofrecerle servicios lingüísticos gratuitos. Llame al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).



En la audiencia, usted le dirá al juez por qué no está de acuerdo con la [decisión de Health Net](#). Nosotros le diremos al juez cómo tomamos nuestra decisión. El juez puede tardar hasta 90 días en decidir sobre su caso. [Health Net](#) debe acatar lo que decida el juez.

Si quiere que tomemos una decisión rápida porque el tiempo necesario para llevar a cabo una audiencia estatal pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad funcional, usted o su PCD pueden escribir al CDSS. Puede solicitar una audiencia estatal acelerada. El CDSS debe tomar una decisión, a más tardar, 3 días hábiles después de recibir su solicitud.

Si ya tuvo una audiencia estatal, **no** puede solicitar una IMR. Sin embargo, si pide primero una IMR y no está conforme con el resultado, puede solicitar una audiencia estatal.

---

## Fraude, despilfarro y abuso

Si sospecha que un proveedor o una persona que recibe servicios de Medi-Cal cometió fraude, despilfarro o abuso, tiene el derecho y la responsabilidad de denunciar llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222 o presentando una queja en línea en <https://www.dhcs.ca.gov/>.

El fraude, despilfarro y abuso por parte de proveedores incluye lo siguiente:

- Modificar expedientes dentales.
- Recetar más medicamentos de los necesarios por razones médicas.
- Prestar más servicios dentales de los necesarios por razones médicas.
- Facturar servicios no prestados.
- Facturar servicios profesionales cuando el profesional no los prestó.

El fraude, despilfarro y abuso por parte de una persona que recibe beneficios incluye lo siguiente:

- Prestar, vender o dar una tarjeta de identificación del plan dental o una tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) a otra persona.
- Recibir tratamientos o medicamentos similares o iguales de más de un proveedor.
- Acudir a la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
- Utilizar el número del Seguro Social o el número de identificación del plan dental de otra persona.

Para denunciar un fraude, despilfarro o abuso, anote el nombre, la dirección y el número de identificación de la persona que cometió dicha acción. Facilite toda la información que pueda sobre la persona, tal como el número de teléfono o la especialidad si se trata de un proveedor. Indique las fechas de los hechos y un resumen de lo que ocurrió exactamente.

Envíe su denuncia así:

[Health Net](#)  
P.O. Box 2182  
Milwaukee, WI 53201-2182



El Departamento de Cuidado Médico Administrado de California es responsable de regular los planes de servicios de cuidado médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a dicho plan al (introducir el número de teléfono del plan de salud) y utilice el proceso de presentación de querellas de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de presentación de querellas no prohíbe ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una querella relacionada con una emergencia, una querella que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o una querella que no haya sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener asistencia. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR facilitará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, así como controversias en materia de pagos por servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio web del Departamento ([www.dmhca.ca.gov](http://www.dmhca.ca.gov)) tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.



---

# 8. Números y palabras importantes que debe conocer

---

## Números de teléfono importantes

- Departamento de Servicios para Afiliados de [Health Net: 1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).
- Beneficiarios de Medi-Cal Dental: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)
- Centro de ayuda del DMHC: 1-888-466-2219
- Health Care Options, Cuidado Administrado de Medi-Cal: 1-800-430-4263
- Health Consumer Alliance: 1-888-804-3536
- Elegibilidad para Medi-Cal: 1-800-541-5555
- Audiencias imparciales de Medi-Cal: 1-800-952-5253 (TTY 1-800-952-8349)
- Cuidado Administrado de Medi-Cal: 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077)
- Defensoría del Pueblo de Medi-Cal: 1-888-452-8609

---

## Palabras a conocer

**Indio americano.** Individuo que satisface la definición de “indio”, de conformidad con la ley federal en la sección 438.14 del título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), que define a una persona como “indio” si cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Es integrante de una tribu india reconocida a nivel federal.
- Vive en un centro urbano y cumple una o más de las siguientes condiciones:
  - Es integrante de una tribu, banda u otro grupo organizado de indios,



incluyendo las tribus, bandas o grupos extinguidos desde 1940 y aquellos reconocidos ahora o en el futuro por el estado en el que residen, o aquel que es descendiente en primer o segundo grado de cualquiera de dichos integrantes.

- Es esquimal, aleutiano u otro nativo de Alaska.
- Se considera indio por la Secretaría de Interior a cualquier efecto.
- Se determina que es indio en virtud de las regulaciones emitidas por la Secretaría del Interior.

**Apelación.** Solicitud de un afiliado en la que pide a [Health Net](#) que revise y modifique una decisión tomada sobre la cobertura de un servicio solicitado. Su dentista puede presentar una apelación.

**Aplicable.** Que se aplica o se refiere a tener un efecto sobre alguien o algo.

**Autorización.** Véase autorización previa.

**Facturación de saldos.** Facturar al paciente la diferencia entre la tarifa real del dentista y el monto abonado por [Health Net](#). Excepto en el caso de los copagos y los costos compartidos, no se permite la facturación de saldos respecto a servicios cubiertos.

**Beneficiario.** Véase “Afiliado”.

**Tarjeta de identificación del beneficiario (BIC).** La tarjeta de identificación de Medi-Cal que facilita el Departamento de Servicios de Cuidado Médico a los afiliados. La BIC incluye el número de beneficiario y otra información importante.

**Beneficios.** Servicios dentales prestados por un dentista de [Health Net](#) que están disponibles a través de Medi-Cal Dental.

**Programa de Servicios para Niños de California (CCS).** Programa de salud pública que presta servicios especializados de diagnóstico, tratamiento y terapia a niños elegibles, menores de 21 años de edad y que padezcan afecciones médicas, enfermedades o problemas médicos crónicos elegibles bajo el Programa CCS, tal y como se define en las regulaciones estatales.

**Caries.** Otro término para descomposición dental o cavidad dental.

**Detección clínica.** Examen realizado por un dentista para emitir una opinión sobre la idoneidad del tratamiento propuesto o brindado por otro dentista de [Health Net](#). [Health Net](#) puede exigir una detección clínica en determinadas circunstancias.



**Queja.** La expresión verbal o escrita de insatisfacción de un afiliado, incluyendo cualquier controversia, solicitud de reconsideración o apelación presentados por usted o por un dentista en su nombre. Su representante también puede presentar una queja. Una queja es lo mismo que una querrela.

**Continuidad del cuidado:** La posibilidad de que un afiliado siga recibiendo servicios de Medi-Cal de su actual proveedor fuera de la red durante un máximo de 12 meses si el proveedor y [Health Net](#) están de acuerdo.

**Coordinación de beneficios (COB).** El proceso de determinar qué cobertura de seguro (Medi-Cal, Medicare, seguro comercial u otro) tiene responsabilidades de tratamiento primario y de pago para los afiliados con más de un tipo de cobertura de seguro.

**Copago.** Una pequeña parte de las tarifas del dentista que paga el beneficiario.

**Servicios cubiertos:** Servicios de Medi-Cal cuyo pago corresponde a [Health Net](#). Los servicios cubiertos están sujetos a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones del contrato de Medi-Cal, a cualquier enmienda del contrato y a lo indicado en este *Manual del afiliado* (también conocido como documento combinado de evidencia de cobertura (EOC) y formulario de divulgación). [Health Net](#).

**DHCS.** Departamento de Servicios de Cuidado Médico de California. Esta es la agencia gubernamental estatal que supervisa a Medi-Cal Dental.

**Desafiliación.** La acción de dejar de utilizar un plan dental porque el afiliado ya no califica o se cambia a un nuevo plan dental. El afiliado debe firmar un formulario en el que conste que ya no desea utilizar el plan dental, o bien llamar a Health Care Options y cancelar la afiliación por teléfono.

**DMHC.** Departamento de Cuidado Médico Administrado de California. Es la agencia gubernamental estatal que supervisa los planes de salud y dentales de cuidado administrado.

**Plan de cuidado dental administrado.** Un plan de Medi-Cal Dental que se vale solo de determinados dentistas, especialistas dentales, proveedores, clínicas y hospitales para los beneficiarios de Medi-Cal afiliados a ese plan. [Health Net](#) es un plan de cuidado dental administrado.

**Especialista dental.** Un dentista que ofrece cuidado especializado, tal como endodoncia, cirugía bucal, odontopediatría, periodoncia y ortodoncia (frenillos).

**Detección, Diagnóstico y Tratamiento Precoces y Periódicos (EPSDT).** Un programa federal que exige cuidado médico a menores de 21 años de edad mediante



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)).

Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.

También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en

[www.hndental.com](http://www.hndental.com).

servicios de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos. El cuidado dental está incluido en el Programa EPSDT. Consulte también “Medi-Cal para niños y adolescentes”.

**Elegibilidad.** Se refiere al cumplimiento de los requisitos para recibir los beneficios de Medi-Cal.

**Cuidado de emergencia.** Un examen o una evaluación dental por parte de un dentista o especialista dental de [Health Net](#) con el fin de determinar si existe una afección dental de emergencia y brindar cuidado para tratar cualquier síntoma de emergencia dentro de la capacidad del centro y de las normas de cuidado reconocidas profesionalmente.

**Afección dental de emergencia.** Una afección dental de la que, sin atención inmediata, podría esperarse de manera razonable que pondría en peligro la salud de la persona, provocarle dolor intenso o menoscabar sus funciones.

**Endodoncista.** Un especialista dental que limita su ejercicio profesional al tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa y la raíz del diente.

**Paciente establecido.** Paciente que tiene una relación existente con un proveedor, a quien acudió durante un plazo determinado y establecido por el plan de salud.

**Exclusión.** Se refiere a cualquier procedimiento o servicio dental no disponible en Medi-Cal Dental.

**Fraude.** Acto intencionado de engaño o tergiversación por parte de una persona que sabe que el engaño podría reportarle algún beneficio no autorizado a sí misma o a otra persona.

**Querella.** Expresión verbal o escrita de insatisfacción de un afiliado sobre un servicio cubierto por Medi-Cal, [Health Net](#) o un proveedor. Un ejemplo de querella es una queja presentada ante [Health Net](#) sobre un proveedor de la red.

**Identificación.** Se refiere a algo que demuestra quién es una persona, como la licencia de conducir.

**Limitaciones.** Se refiere a la cantidad de servicios permitidos, al tipo de servicio permitido o al servicio más económico que sea adecuado desde el punto de vista dental.

**Dentista de Medi-Cal.** Un dentista que recibió aprobación para prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de Medi-Cal.

**Medi-Cal para niños y adolescentes.** Un beneficio destinado a los afiliados a Medi-Cal



menores de 21 años de edad mediante servicios de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos. También se conoce como beneficio del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Precoces y Periódicos (EPSDT) en virtud de la ley federal. El cuidado dental está incluido en el Programa EPSDT.

**Necesario por razones médicas.** Los servicios cubiertos que sean necesarios y adecuados para el tratamiento de los dientes, las encías y las estructuras de soporte, y que (a) se presten de acuerdo con las normas de ejercicio profesional profesionalmente reconocidas; (b) que el dentista tratante considere coherentes con la afección dental; y que (c) el tipo, suministro y nivel de servicio sean los más adecuados teniendo en cuenta los posibles riesgos, beneficios y servicios cubiertos alternativos.

**Afiliado.** Cualquier afiliado elegible de Medi-Cal inscrito en [Health Net](#) que tenga derecho a recibir los servicios cubiertos.

**Servicio no cubierto.** Un procedimiento o servicio dental que no es un beneficio cubierto.

**Transporte no médico:** Transporte desde y hacia una cita para un servicio cubierto por Medi-Cal y autorizado por el proveedor del afiliado.

**Dentista no participante.** Un dentista que no está inscrito en Medi-Cal y no está autorizado a prestar servicios a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal.

**Aviso de autorización (NOA).** Un formulario generado por computadora que se envía a los dentistas en respuesta a su solicitud de autorización de servicios (véase “Solicitud de autorización de tratamiento”).

**Otro tipo de cobertura de salud/Otro tipo de seguro médico.** Cobertura de servicios relacionados con odontología que usted pueda tener en virtud de cualquier plan dental privado, cualquier programa de seguros, cualquier otro programa estatal o federal de cuidado dental, o bien en virtud de cualquier otro derecho contractual o legal.

**Cirujano bucal.** Un especialista dental que limita su ejercicio profesional al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de enfermedades, lesiones, deformidades, defectos y el aspecto de la boca, los maxilares y la cara.

**Ortodoncista.** Un especialista dental que limita su ejercicio profesional a la prevención y el tratamiento de problemas en la manera en que los dientes superiores e inferiores encajan al morder o masticar.

**Proveedor fuera de la red.** Un proveedor que no forma parte de la red de [Health Net](#).



**Cuidados paliativos.** Tratamiento que alivia el dolor, pero no soluciona el problema que lo provoca o solo brinda una solución temporal.

**Proveedor dental participante.** Un proveedor inscrito en Medi-Cal que presta servicios dentales a los afiliados del plan.

**Odontopediatra.** Un especialista dental que limita su ejercicio profesional al tratamiento de niños desde el nacimiento hasta la adolescencia; asimismo, brinda tratamiento de cuidado primario y una gama completa de tratamiento de cuidado preventivo.

**Periodoncista.** Un especialista dental que limita su ejercicio profesional al tratamiento de las enfermedades de las encías y del tejido que rodea los dientes.

**Plan.** Consulte “Plan de cuidado dental administrado”.

**Prima.** El monto de dinero que una persona debe pagar la cobertura dental cada mes. Los afiliados al plan no tienen que pagar una prima.

**Preaprobación (autorización previa):** Una solicitud de un dentista de [Health Net](#) para aprobar los servicios antes de que se lleven a cabo. Los dentistas reciben un aviso de autorización (NOA) de [Health Net](#) respecto a los servicios aprobados.

**Código de procedimiento.** Un número de código que identifica un servicio médico o dental en particular.

**Prostodoncista.** Un especialista dental que limita su ejercicio profesional a la sustitución de dientes faltantes mediante prótesis, puentes u otros sustitutos.

**Proveedor.** Un dentista, higienista dental titulado en ejercicio profesional alternativo (RDHAP), grupo dental, facultad de odontología o clínica dental inscrita en el programa dental de Medi-Cal para brindar cuidado médico o servicios dentales a los beneficiarios de Medi-Cal.

**Directorio de proveedores.** Una lista de todos los proveedores de la red de [Health Net](#).

**Remisión.** Cuando su PCP le dice que puede recibir cuidado de otro proveedor. Algunos cuidados y servicios cubiertos requieren remisión y preaprobación.

**Requisitos.** Se refiere a algo que usted debe hacer o a normas que debe seguir.

**Responsabilidad.** Se refiere a algo que usted debería hacer o que se espera que haga.



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

**Clínica rural de salud (RHC).** Un centro de salud en un área en la que no hay muchos proveedores. Los afiliados pueden recibir cuidado preventivo en una RHC.

**Área de servicio.** El área geográfica en la que [Health Net](#) presta sus servicios. Incluye los condados de [Sacramento y de Los Ángeles](#).

**Costos compartidos.** La parte de los gastos médicos que un beneficiario debe pagar o prometer pagar antes de que se pueda efectuar cualquier pago de Medi-Cal para ese mes.

**Firma.** Se refiere a su nombre escrito de puño y letra.

**Audiencia estatal:** Una audiencia estatal es un proceso legal que permite a los beneficiarios solicitar una reevaluación de cualquier solicitud de autorización de tratamiento (TAR) denegada o modificada. También permite a un beneficiario o dentista solicitar una reevaluación de un caso de reembolso.

**Solicitud de autorización de tratamiento (TAR).** Una solicitud presentada por un dentista de [Health Net](#) para la aprobación de determinados servicios cubiertos antes de que pueda comenzar el tratamiento. Se exige una TAR para determinados servicios y en circunstancias especiales.

**TAR/Formulario de presentación de reclamaciones.** El formulario que utiliza un dentista cuando solicita autorización para prestar un servicio o para recibir el pago por un servicio prestado.

**Cuidado de urgencia (o servicios de urgencia).** Servicios prestados para tratar una enfermedad, lesión o afección que requiera cuidado dental, pero no constituya una emergencia. Los afiliados pueden recibir cuidado de urgencia por parte de un proveedor fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente.



HN3438 LA (4.25) HBSP

71



Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al [1-844-233-4522](tel:1-844-233-4522) (TTY/TDD [1-800-466-7566](tel:1-800-466-7566)). Health Net está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en [www.hndental.com](http://www.hndental.com).