

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

HN Plus DHMO 150

Este plan integral Dental HMO (DHMO) ofrece cobertura para más de 345 procedimientos dentales, incluyendo muchos procedimientos preventivos y de diagnóstico por un co-pago bajo o sin co-pago. El acceso a la atención se brinda a través de una de las redes dentales HMO más grandes de California.

Los planes DHMO pueden adquirirse como una opción de elección doble con los planes Health Net Dental PPO o como un plan de cobertura autónoma.

## Características Clave del Plan Dental

- Limpiezas y mantenimiento periodontal adicionales (hasta 4 al año)
- Honorarios habituales y acostumbrados reducidos para servicios no enumerados
- Óxido nitroso y sedación intravenosa (sujetos a co-pagos)
- Blanqueamiento dental y fundas (sujetos a co-pagos)
- Ortodoncia para niños y adultos (sujeta a co-pagos)



Pam White  
Health Net

Procedimientos cubiertos (lista parcial <sup>2</sup> )	Co-pago del afiliado
<b>Diagnóstico</b>	
D0150 Evaluación bucal integral	\$0
D0210 Rayos X intrabucales – serie completa	\$0
D9491 Visita al consultorio (incluyendo todos los honorarios por esterilización y control de infecciones)	\$5
<b>Procedimientos preventivos</b>	
D1110 Profilaxis (limpieza) – adulto	\$0
D1110 Profilaxis adicional (hasta 2 al año) – adulto	\$20
D1204 Aplicación tópica de flúor – adulto	\$0
<b>Tratamiento de restauración</b>	
D2150 Amalgama (empaste de plata) – dos superficies	\$0
D2331 Compuesto (empaste blanco) – dos superficies anteriores	\$0
D2392 Compuesto (empaste blanco) – dos superficies posteriores	\$30
<b>Coronas y pónicos</b>	
CD2751 <sup>3</sup> Corona: porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$150
D2962 Funda labial (laminado de porcelana) – laboratorio	\$350
<b>Endodoncia</b>	
D3320 Tratamiento de conducto – bicúspide (excluyendo la restauración final)	\$95
D3330 Tratamiento de conducto – molar (excluyendo la restauración final)	\$125
<b>Periodoncia</b>	
D4341 Eliminación del sarro y alisamiento radicular periodontales – 4 dientes o más, por cuadrante	\$35
<b>Prostodoncia</b>	
D5110 Dentadura postiza completa – superior	\$175
D7220 Extracción de diente impactado – tejido blando	\$35
<b>Ortodoncia</b>	
D8070-90 Tratamiento integral de ortodoncia – adulto o niño	\$1,695
<b>Otros servicios generales</b>	
D9230 Óxido nitroso, analgesia, ansiólisis (inhalación)	\$15 por media hora
D9972 Blanqueo externo (blanqueamiento de los dientes) – por arco	\$125

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

<sup>2</sup>Consulte su Evidencia de Cobertura y Programa de Beneficios para obtener la lista completa de los Procedimientos Cubiertos, así como de las Exclusiones y Limitaciones.

<sup>3</sup>Hay un co-pago de \$75 por unidad de corona/puente además de los co-pagos regulares por porcelana en los molares.

## Limitaciones

### General

1. Todo procedimiento que no esté específicamente enumerado como un beneficio cubierto en el Programa de Beneficios de este Plan está disponible al 75% de los honorarios habituales y acostumbrados del dentista general o de atención de especialidades tratante seleccionado por Health Net, siempre que los servicios estén incluidos en el plan de tratamiento y no estén específicamente excluidos.
2. Los procedimientos o servicios dentales realizados únicamente con fines cosméticos o de apariencia están disponibles al 75% de los honorarios habituales y acostumbrados del dentista general o de atención de especialidades tratante seleccionado por Health Net, a menos que estén específicamente enumerados como un beneficio cubierto en el Programa de Beneficios de este Plan.
3. La anestesia general es un beneficio cubierto sólo cuando es administrada por el dentista tratante conjuntamente con procedimientos quirúrgicos orales y periodontales.

### Procedimientos preventivos

1. Las limpiezas de rutina (profilaxis), los servicios de mantenimiento periodontal y los tratamientos con flúor se limitan a dos al año. Hay dos (2) limpiezas adicionales (de rutina y periodontal) disponibles por el co-pago enumerado en el Programa de Beneficios de este Plan. Hay servicios adicionales de profilaxis disponibles si son médicamente necesarios.
2. Selladores: El beneficio del plan se aplica a los molares primarios y permanentes, dentro de los cuatro (4) años de erupción, a menos que sea médicamente necesario.

### Diagnóstico

1. Rayos X panorámicos o de boca completa: Una vez cada tres (3) años, a menos que sean médicamente necesarios.

### Procedimientos de restauración

1. Se aplicará un cargo adicional, que no excederá los \$150 por unidad, a cualquier procedimiento que use metal noble, muy noble o titanio.
2. El reemplazo de cualquier corona o puente fijo (por unidad) se limita a una vez cada cinco (5) años.
3. Los casos que incluyan la colocación de siete (7) unidades de coronas y/o puentes fijos o más en el mismo plan de tratamiento requieren un co-pago adicional de \$125 por unidad además del co-pago especificado para cada unidad de corona/puente.
4. Hay un co-pago de \$75 por unidad de corona/puente además del co-pago especificado por porcelana en los molares.

### Prostodoncia

1. Las nuevas realizaciones de los bordes se limitan a una (1) cada doce (12) meses.
2. Dentaduras postizas (completas o parciales): Reemplazo únicamente después de transcurridos cinco (5) años tras la colocación anterior de la dentadura postiza conforme a un Plan de Health Net, a menos que se deba a la pérdida de un diente natural en buenas condiciones. Los reemplazos serán un beneficio conforme a este Plan sólo si la dentadura postiza existente no es satisfactoria y no se puede lograr que sea satisfactoria según lo determine el dentista general tratante seleccionado por Health Net.
3. La prestación de servicios de prostodoncia extraíble incluye hasta tres (3) ajustes dentro de los seis (6) meses a partir de la fecha de prestación del servicio.

### Endodoncia

1. Los co-pagos enumerados para procedimientos de endodoncia no incluyen el costo de la restauración final.

### Cirugía oral

1. La extracción de terceros molares asintomáticos no es un beneficio cubierto a menos que exista una patología (enfermedad); sin embargo, está disponible al 75% de los honorarios habituales y acostumbrados de su dentista general o de atención de especialidades seleccionado por Health Net.

### Exclusiones generales

1. Servicios realizados por cualquier dentista que no tenga contrato con Health Net, sin aprobación previa (excepto los servicios de emergencia fuera del área). Incluye los servicios realizados por un dentista general o un dentista de atención de especialidades.
2. Procedimientos dentales comenzados antes de la elegibilidad del afiliado conforme a este Plan o comenzados después de la terminación de la cobertura del afiliado conforme a este Plan. Algunos ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto en curso, dentaduras postizas completas o parciales para las que se ha tomado una impresión.
3. Cualquier servicio o aparato dental que se determine que no es razonable y/o necesario para mantener o mejorar la salud dental del afiliado, según lo establecido por el dentista general seleccionado por Health Net.
4. Cirugía ortognática.
5. Cargos por servicios hospitalarios para pacientes internados/pacientes ambulatorios de cualquier clase, incluyendo los cargos del dentista y/o médico, las recetas o los medicamentos.
6. Reemplazo de dentaduras postizas, coronas, aparatos o puentes perdidos, robados o dañados a causa del uso indebido, mal uso o negligencia.
7. Tratamiento de tumores malignos, quistes o neoplasmas, a menos que estén específicamente enumerados como un beneficio cubierto en el Programa de Beneficios de este Plan. Cualquier servicio relacionado con honorarios del laboratorio de patología.
8. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo fin principal y primario es cambiar la dimensión vertical de la oclusión; corregir trastornos dentales congénitos, del desarrollo o médicamente inducidos; incluyendo, pero sin limitarse a, el tratamiento de trastornos miofuncionales, mioesqueléticos o de la articulación temporomandibular, a menos que estén específicamente enumerados de otro modo como un beneficio cubierto en el Programa de Beneficios de este Plan.
9. Implantes dentales y servicios relacionados con la colocación de implantes, restauración de implantes dentales mediante prostodoncia y servicios especializados de mantenimiento de implantes.
10. Servicios dentales proporcionados o pagados por una agencia o autoridad del gobierno federal o estatal, una subdivisión política u otro programa público distinto de Medicaid o Medicare.
11. Servicios dentales requeridos mientras se encuentra al servicio de las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional.
12. Servicios dentales considerados de naturaleza experimental.
13. Cualquier procedimiento o tratamiento dental que no se pueda realizar en el consultorio dental debido a limitaciones de salud general o físicas del afiliado.

## Exclusiones y limitaciones de ortodoncia

Si necesita los servicios de un ortodontista, primero debe obtener una referencia. Si no se obtiene una referencia antes del comienzo del tratamiento de ortodoncia, el afiliado será responsable de todos los costos relacionados con cualquier tratamiento de ortodoncia. Si da por terminada la cobertura del Plan de Health Net después del comienzo del tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de cualquier cargo adicional incurrido por el resto del tratamiento de ortodoncia.

1. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista general seleccionado por Health Net o un ortodontista contratado por Health Net para que se apliquen los co-pagos enumerados en el Programa de Beneficios de este Plan.
2. Los beneficios del plan cubrirán veinticuatro (24) meses de tratamiento habitual y acostumbrado de ortodoncia y otros veinticuatro (24) meses de retención. El tratamiento que se extienda más allá de estos períodos estará sujeto a un cargo de \$25 por consulta.
3. Los siguientes procedimientos no están incluidos como beneficios de ortodoncia:
  - A. Reparación o reemplazo de aparatos perdidos o rotos;
  - B. Retratamiento de casos de ortodoncia;
  - C. Tratamiento que incluya:
    - i. Cirugía maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hendido, micrognatia, macroglosia;
    - ii. Desequilibrios hormonales u otros factores que afecten el crecimiento, o bien, anomalías del desarrollo;
    - iii. Tratamiento relacionado con trastornos de la articulación temporomandibular;
    - iv. Correctores de compuesto o cerámica, adaptación lingual de bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o cosméticas de los aparatos de ortodoncia estándar fijos y extraíbles.
4. La fase de retención del tratamiento incluirá la construcción, la colocación y el ajuste de retenedores.
5. El tratamiento de ortodoncia activo que se esté llevando a cabo en su fecha de vigencia de la cobertura no está cubierto. "Tratamiento de ortodoncia activo" significa que ha comenzado el movimiento de los dientes.

*En caso de conflicto entre las disposiciones de la Evidencia de Cobertura y este Programa de Beneficios, regirán las disposiciones de la Evidencia de Cobertura.*

**Los planes Health Net Dental DHMO son proporcionados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). Las obligaciones de DBP no son las obligaciones de Health Net of California ni de sus compañías afiliadas, ni están garantizadas por ellas.**