



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

DPPO Essential 5 1500

## Características clave de Dental PPO

- La amplia red de proveedores dentales de PPO, que se extiende a nivel nacional y por todo el estado, puede encontrarse en línea en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o llamando al **1-866-249-2382**.
- Los servicios de endodoncia, periodoncia y cirugía oral están cubiertos conforme a Servicios Generales.
- No hay período de espera para ningún servicio cubierto.
- Las embarazadas son elegibles para recibir servicios adicionales durante su segundo y tercer trimestre, si simplemente solicitan a sus dentistas que registren el embarazo, la fecha de parto y el nombre del médico a cargo o del obstetra en el formulario de reclamos dentales (consulte Atención Dental Prenatal).
- Usted recibe la cantidad total del máximo de por vida para ortodoncia, aun cuando haya comenzado el tratamiento conforme al plan dental PPO de otra compañía de seguros.

Pam White  
Health Net

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

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

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

<sup>3</sup>Los beneficios fuera de la red se basan en la cantidad permitida aplicable al mismo servicio que habría prestado un proveedor de la red.

## Limitaciones Generales

**Evaluación bucal periódica** Limitada a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

**Serie completa o radiografías panorex** Limitadas a 1 vez cada 36 meses consecutivos. Se hará una excepción a esta limitación para las Radiografías Panorex que se tomen para el diagnóstico de terceros molares, quistes o neoplasmas.

**Radiografías de aleta de mordida (Bitewing)** Limitadas a 1 serie de películas por año calendario.

**Radiografías extrabucales** Limitadas a 2 películas por año calendario.

**Profilaxis dental** Limitada a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

**Tratamientos con flúor** Limitados a las personas cubiertas menores de 16 años y limitados a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

**Separadores** Limitados a las personas cubiertas menores de 16 años y limitados a 1 cada 60 meses consecutivos. El beneficio incluye todos los ajustes realizados dentro de los 6 meses de la colocación.

**Selladores** Limitados a las personas cubiertas menores de 16 años y a una vez por cada primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos.

**Restauraciones** Las restauraciones múltiples en una única superficie se tratarán como un solo empaste.

**Retención del Perno** Limitada a 2 pernos por diente; sin cobertura como complemento de la restauración del modelo.

**Incrustaciones y recubrimientos** Limitados a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubiertos sólo cuando el diente no se puede restaurar con un empaste.

**Coronas** Limitadas a 1 vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubiertas sólo cuando el diente no se puede restaurar con un empaste.

**Espiga y muñones** Cubiertos sólo para los dientes que han tenido un tratamiento de conducto.

**Empastes Sedantes** Cubiertos como un beneficio aparte sólo si no se realizó ningún otro servicio, que no sean rayos X y examen, en el mismo diente durante la consulta.

**Eliminación del sarro y alisamiento radicular** Limitados a 1 vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos.

**Mantenimiento periodontal** Limitado a 2 veces cada 12 meses consecutivos después de una terapia periodontal activa y complementaria, sin incluir desbridamiento importante.

**Dentaduras postizas completas** Limitadas a 1 vez cada 60 meses consecutivos. Sin asignaciones adicionales para aditamentos de precisión o semiprecisión.

**Dentaduras postizas parciales** Limitadas a 1 vez cada 60 meses consecutivos. Sin asignaciones adicionales para aditamentos de precisión o semiprecisión.

**Nueva realización del borde y rebasado de dentaduras postizas** Limitados a la nueva realización del borde/al rebasado que se realiza más de 6 meses después de la inserción inicial. Limitados a 1 vez cada 12 meses consecutivos.

**Reparaciones de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas Parciales, puentes** Limitadas a las reparaciones o los ajustes que se realizan más de 12 meses después de la inserción inicial. Limitadas a 1 cada 6 meses consecutivos.

**Tratamiento paliativo** Cubierto como un beneficio aparte sólo si no se realizó ningún otro servicio, que no sean el examen y las radiografías, en el mismo diente durante la consulta.

**Protectores oclusales** Limitados a 1 protector cada 36 meses consecutivos y sólo si se recetan para controlar la abrasión dental habitual.

**Desbridamiento de boca completa** Limitado a 1 vez cada 36 meses consecutivos.

**Anestesia general** Cubierta sólo cuando es clínicamente necesaria.

**Injertos Óseos** Limitados a 1 por cuadrante o lugar cada 36 meses consecutivos.

**Cirugía Periodontal** Las cirugías periodontales de tejido duro y tejido blando se limitan a 1 por cuadrante o lugar cada 36 meses consecutivos por cada zona quirúrgica.

**Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles, coronas, incrustaciones o recubrimientos** El reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles, coronas, incrustaciones o recubrimientos, que se haya presentado previamente para el pago conforme al plan, se limita a 1 vez cada 60 meses consecutivos a partir de la colocación inicial o suplementaria. Esto incluye retenedores, aparatos de hábitos y cualquier aparato interceptivo de ortodoncia que sea fijo o extraíble.

El reemplazo de implantes, coronas implantadas, prótesis implantadas y estructuras de apoyo implantadas (como conectores), que se haya presentado previamente para el pago conforme al plan, se limita a 1 vez cada 60 meses consecutivos a partir de la colocación inicial o suplementaria.

## Exclusiones Generales

*No está cubierto lo siguiente:*

1. Servicios Dentales que no son necesarios.
2. Cargos de hospitalización u otros cargos del centro.
3. Cualquier procedimiento dental realizado únicamente con fines cosméticos/estéticos. (Los procedimientos cosméticos son aquellos que mejoran la apariencia física).
4. Cirugía reconstructiva independientemente de si la cirugía está relacionada con una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental, en la que el objetivo principal es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada.
5. Cualquier procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Cualquier procedimiento no realizado en un centro dental.
7. Procedimientos que se consideran experimentales, de investigación o no probados. Esto incluye los regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapéutica Dental de la American Dental Association (Asociación Dental Americana, ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no probado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular, no posibilitará la cobertura si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no probado en el tratamiento de esa condición en particular.
8. Servicios para lesiones o condiciones cubiertas por leyes de Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales o leyes de responsabilidad del empleador, y servicios que son proporcionados sin costo para la persona cubierta por un municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
9. Gastos por procedimientos dentales que comenzaron antes de que la persona cubierta se convierta en afiliado conforme a la Póliza.
10. Servicios Dentales cubiertos de otro modo conforme a la Póliza, pero prestados después de la fecha de terminación de la cobertura individual conforme a la Póliza, incluyendo Servicios Dentales para condiciones dentales surgidas antes de la fecha de terminación de la cobertura individual conforme a la Póliza.
11. Servicios prestados por un proveedor con el mismo domicilio legal que una persona cubierta o que sea familiar de una persona cubierta, incluyendo cónyuge, hermano/a, padre, madre o hijo/a.
12. Los servicios recibidos en el extranjero no están cubiertos a menos que se requieran como una emergencia.
13. Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas y extraíbles o coronas si el daño o la rotura están relacionados directamente con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido a la falta de cumplimiento del paciente, el paciente es responsable del costo del reemplazo.
14. Procedimientos de restauración de prostodoncia fija o extraíble para la rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
15. Aditamentos de prótesis convencionales extraíbles o puentes fijos. Incluyen aditamentos de precisión o semiprecisión relacionados con dentaduras postizas parciales, soportes de puentes o coronas, dentaduras postizas sobrepuestas completas o parciales, cualquier aditamento interno relacionado con una prótesis implantada, y cualquier procedimiento de endodoncia electiva relacionado con un diente o raíz que forme parte de la construcción de una prótesis de esta naturaleza.
16. Procedimientos relacionados con la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (VDO, por sus siglas en inglés) correcta de un paciente.
17. Colocación de dentaduras postizas parciales fijas, únicamente con el objetivo de lograr la estabilidad periodontal.
18. Tratamiento de neoplasmas, quistes u otras patologías de naturaleza benigna que incluyan lesiones benignas, excepto la extracción por medios quirúrgicos. Tratamiento de neoplasmas malignos o anomalías congénitas del tejido duro o blando, incluyendo la extirpación.
19. Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación de tejidos duros del esqueleto facial.
20. Servicios relacionados con los trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés), tanto bilaterales como unilaterales. Cirugía de la mandíbula superior e inferior (incluyendo la cirugía relacionada con la articulación temporomandibular). No se proporciona cobertura para la cirugía ortognática, la alineación de la mandíbula ni el tratamiento de la articulación temporomandibular.
21. Acupuntura, acupresión y otras formas de tratamiento alternativo, ya sea que se utilicen o no como anestesia.
22. Medicinas/medicamentos que se obtienen con o sin receta médica, a menos que sean despachados y utilizados durante la visita del paciente al consultorio dental.
23. Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
24. Protectores oclusales utilizados como artículos de seguridad o para modificar el rendimiento, principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
25. Servicios Dentales recibidos como resultado de una enfermedad o lesión producto de una guerra o un acto de guerra (declarado o no declarado) o que sea causada durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.
26. La cobertura de ortodoncia no incluye la colocación de un separador, ningún tratamiento relacionado con el tratamiento de la articulación temporomandibular, ningún procedimiento quirúrgico para corregir una oclusión dental defectuosa, el reemplazo de retenedores rotos o extraviados y/o aparatos de hábitos, ni ningún aparato interceptivo de ortodoncia que sea fijo o extraíble, presentados previamente para el pago conforme al plan.
27. Cualquier procedimiento de implante realizado que no esté enumerado como un procedimiento de implante cubierto en el Programa de Servicios Dentales Cubiertos.