

# Planes HMO y HSP Individuales y Familiares

Para obtener cobertura, visite [www.HealthNet.com](http://www.HealthNet.com)  
y solicite su inscripción hoy mismo.



Health Net®

Este documento es solo un resumen de su cobertura de salud. Antes de la inscripción, usted tiene derecho a ver el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)* del plan. Para obtener una copia de este documento, comuníquese con su agente autorizado de Health Net o su representante de ventas de Health Net al **1-877-609-8711**. El *Contrato del Plan y la EOC* del plan, que recibirá después de inscribirse, contiene los términos y condiciones, así como las disposiciones contractuales exactas que rigen su cobertura de Health Net. Es importante que lea cuidadosamente este documento y el *Contrato del Plan y la EOC* del plan cuando lo reciba, especialmente todas las secciones que se apliquen a las personas con necesidades especiales de atención de salud. Este documento incluye los beneficios de salud y las matrices de cobertura para ayudarlo a comparar los beneficios de la cobertura.

**La cobertura descrita en este Formulario de Divulgación debe cumplir con los requerimientos de cobertura de los beneficios de salud esenciales de conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA). Los beneficios de salud esenciales no están sujetos a ningún límite de dinero anual.**

**Los beneficios descritos en este Formulario de Divulgación no discriminan por raza, origen étnico, color, nacionalidad, ascendencia, sexo, identidad de género, expresión de género, edad, discapacidad, orientación sexual, información genética, estado civil, condición de convivencia en pareja o religión y no están sujetos a ninguna enfermedad preexistente ni período de exclusión.**

Lea la siguiente información para saber de quién o de qué grupo de proveedores puede recibir cuidado de la salud.

# Lea este aviso importante acerca del área de servicio del plan de salud CommunityCare Network HMO de Health Net y de cómo obtener servicios de los proveedores médicos y hospitalarios de CommunityCare Network.

Excepto en los casos de atención de emergencia, los beneficios para los servicios médicos y hospitalarios conforme a este plan de Health Net HMO CommunityCare Network (“CommunityCare Network”) solo se encuentran disponibles si usted vive en el área de servicio de CommunityCare Network y usa un médico u hospital de CommunityCare Network. Cuando se inscribe en este plan CommunityCare Network, usted solo puede

usar un médico u hospital que pertenezca a CommunityCare Network y debe elegir un médico de atención primaria (primary care physician, PCP) de CommunityCare Network. Usted puede obtener servicios y suministros cubiertos auxiliares, de farmacia o de salud del comportamiento de cualquier proveedor auxiliar, de farmacia o de salud del comportamiento participante de Health Net.

## Obtención de servicios cubiertos conforme al plan Health Net HMO CommunityCare Network

Tipo de proveedor	Hospital	Médico	Auxiliares	Farmacia	Salud del comportamiento
Disponible en	<sup>1</sup> Únicamente hospitales de CommunityCare Network	<sup>1</sup> Únicamente médicos de CommunityCare Network	Todos los proveedores auxiliares contratados Health Net	Todas las farmacias participantes de Health Net	Todos los proveedores de salud del comportamiento contratados por Health Net

<sup>1</sup>Los beneficios de este plan para los servicios médicos y hospitalarios solo se encuentran disponibles para los servicios cubiertos recibidos por parte de un médico u hospital de CommunityCare Network, excepto (1) en caso de atención requerida de urgencia fuera de un radio de 30 millas de su grupo médico y toda la atención de emergencia; (2) las remisiones a proveedores que no pertenecen a CommunityCare Network están cubiertas cuando son emitidas por su grupo médico de CommunityCare Network y (3) los servicios cubiertos prestados por un proveedor que no pertenece a CommunityCare Network cuando Health Net los autoriza.

En el *Directorio de proveedores de CommunityCare Network de Health Net*, que se encuentra disponible en línea en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com), figura el área de servicio y una lista de proveedores médicos y hospitalarios de CommunityCare Network. También puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711** para solicitar información acerca del proveedor. El *Directorio de proveedores de CommunityCare Network de Health Net* es distinto a otros directorios de proveedores de Health Net.

**Nota:** no todos los médicos y hospitales que tienen contrato con Health Net son proveedores de CommunityCare Network. Solo aquellos médicos y hospitales específicamente identificados como participantes en CommunityCare Network, pueden proporcionar servicios conforme a este plan, excepto en los casos descritos en el cuadro anterior.

A menos que se indique específicamente lo contrario, el uso de los siguientes términos en este folleto se refiere solo a CommunityCare Network, según se explicó antes.

- Health Net
- Área de servicio de Health Net
- Hospital
- Médico afiliado, grupo médico participante, médico de atención primaria, médico, proveedor participante, grupos médicos contratados y proveedores contratados

- Red
- Directorio de proveedores

Si tiene alguna pregunta sobre el área de servicio de CommunityCare Network, la elección de su PCP de CommunityCare Network, el acceso a la atención de especialistas o sus beneficios, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711**.

# Lea este aviso importante acerca del área de servicio del plan de salud Health Net PureCare HSP network y de cómo obtener servicios de los proveedores médicos y hospitalarios de PureCare Network.

Excepto en los casos de atención de emergencia y atención requerida de urgencia, los beneficios para los servicios médicos y hospitalarios conforme a este plan Health Net PureCare HSP (“PureCare Network”) solo se encuentran disponibles si usted vive en el área de servicio de PureCare HSP Network y usa un médico u hospital participante de PureCare Network. Cuando se inscribe en este plan PureCare

Network, usted solo puede usar un médico u hospital participante que pertenezca a PureCare Network y debe elegir un PCP de PureCare Network. Usted puede obtener servicios y suministros cubiertos auxiliares, de farmacia o de salud del comportamiento de cualquier proveedor auxiliar, de farmacia o de salud del comportamiento participante de Health Net.

## Obtención de servicios cubiertos conforme al plan Health Net PureCare HSP Network

Tipo de proveedor	Hospital	Médico	Auxiliares	Farmacia	Salud del comportamiento
Disponible en	<sup>1</sup> Únicamente hospitales de PureCare Network	<sup>1</sup> Únicamente médicos de PureCare Network	Todos los proveedores auxiliares contratados Health Net	Todas las farmacias participantes de Health Net	Todos los proveedores de salud del comportamiento contratados por Health Net

<sup>1</sup>Los beneficios de este plan para los servicios médicos y hospitalarios solo se encuentran disponibles para los servicios cubiertos recibidos de un médico u hospital participante de PureCare Network, excepto en los casos de atención de emergencia y atención requerida de urgencia.

En el *Directorio de proveedores de PureCare HSP Network de Health Net*, que se encuentra disponible en línea en nuestro sitio web [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com), figura el área de servicio y una lista de proveedores médicos y hospitalarios participantes de PureCare Network. También puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711** para solicitar información acerca del proveedor. El *Directorio de proveedores de PureCare HSP Network de Health Net* es distinto a otros directorios de proveedores de Health Net.

**Nota:** no todos los médicos y hospitales que tienen contrato con Health Net son proveedores participantes de PureCare Network. Solo aquellos médicos y hospitales específicamente identificados como proveedores participantes en PureCare Network pueden proporcionar servicios conforme a este plan, excepto en los casos descritos en el cuadro anterior.

A menos que se indique específicamente lo contrario, el uso de los siguientes términos en este folleto se refiere solo a PureCare Network según se explicó antes.

- Health Net
- Área de servicio de Health Net
- Hospital
- Médico de atención primaria, médico

participante, médico, proveedor participante y proveedores contratados

- Red
- Directorio de proveedores

Si tiene alguna pregunta sobre el área de servicio de PureCare Network, la elección de un PCP, el acceso a la atención o sus beneficios, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711**.

## Cobertura individual y familiar de Health Net para usted y su familia

### Health Net ofrece las siguientes opciones de cobertura del cuidado de la salud individuales y familiares:

**HMO:** nuestros Planes Individuales y Familiares del Plan Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) están diseñados para las personas que desean que un médico coordine su atención médica a costos predecibles. Usted debe elegir un médico principal, que se conoce como médico de atención primaria (primary care physician, PCP), de nuestra red CommunityCare HMO Network. Su PCP supervisa todo el cuidado de su salud y proporciona remisiones y autorizaciones si se necesita atención especializada. Cuando elije uno de nuestros planes HMO, usted solo puede usar un médico u hospital que pertenezca a CommunityCare Network de Health Net.

**HSP:** nuestros planes del Plan de Servicios de Cuidado de la Salud (HSP) están diseñados para las personas que desean acudir a cualquier médico o profesional para el cuidado de la salud participante sin obtener primero una referencia. Usted debe elegir un PCP de nuestra red PureCare HSP Network, pero puede acudir directamente a cualquier proveedor participante de nuestra red en cualquier momento sin necesidad de una remisión. Cuando elije uno de nuestros planes HSP, usted solo puede usar un proveedor participante que pertenezca a PureCare Network de Health Net.

### ¿Es adecuado para usted un HMO?

Con nuestros planes HMO, usted debe elegir un PCP. Su PCP proporcionará y coordinará su atención médica. Usted tiene derecho a designar a cualquier PCP que participe en nuestra red CommunityCare Network de Health Net, que tenga el consultorio lo suficientemente cerca de su residencia para permitir un acceso razonable a la atención médica y que esté disponible para aceptarlos a usted o a sus familiares, sujeto a los requisitos del grupo médico. Para los niños, se puede designar a un pediatra como PCP. Hasta que usted haga la designación de su PCP, Health Net designará uno por usted. Puede obtener información sobre cómo seleccionar un PCP y una lista de los PCP participantes en el área de servicio de CommunityCare de Health Net en el sitio web de Health Net en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com). También puede llamar al **1-877-609-8711** para solicitar información acerca del proveedor o contactarse con su agente autorizado de Health Net.

Su PCP supervisa todo el cuidado de su salud y proporciona remisiones y autorizaciones si se necesita atención especializada. Los PCP incluyen a médicos de medicina general y familiar, internistas, pediatras y obstetras/ginecólogos. Muchos servicios requieren que usted solo pague un copago fijo. Para obtener servicios de cuidado de la salud, simplemente presente su tarjeta de identificación y pague el copago correspondiente.

Primero debe comunicarse con su PCP para recibir un tratamiento inicial y realizar consultas antes de recibir atención o tratamiento a través de un hospital, especialista u otro proveedor de cuidado de la salud, excepto para las visitas a obstetras/ginecólogos conforme se establece a continuación. Su PCP debe autorizar todos los tratamientos recomendados por dichos proveedores.

Usted no necesita la autorización previa (HMO) ni certificación previa (HSP) de Health Net ni de ninguna otra persona (incluido un PCP) para obtener acceso a la atención de ginecología y obstetricia de parte de un profesional para el cuidado de la salud de nuestra red que se especialice en dicha atención. Sin embargo, el profesional para el cuidado de la salud posiblemente deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener la autorización previa (HMO) o certificación previa (HSP) para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o seguir los procedimientos para realizar remisiones. Puede obtener una lista de los profesionales para el cuidado de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología en el sitio web de Health Net en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com). También puede llamar al **1-877-609-8711** para solicitar información acerca del proveedor o contactarse con su agente autorizado de Health Net. Consulte la sección “Servicios para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas” en este documento para obtener información sobre cómo recibir atención para estos trastornos.

Su PCP pertenece a un grupo más grande de profesionales para el cuidado de la salud, que se denomina grupo médico participante. Si necesita atención de un especialista, su PCP lo deriva a uno dentro de este grupo.

## ¿Es adecuado para usted un HSP?

Con el plan HSP de Health Net, usted puede ir directamente a cualquier proveedor participante de PureCare HSP. Simplemente busque al proveedor que desea visitar en el *Directorio de proveedores preferidos participantes de PureCare HSP de Health Net* y programe una cita. Los proveedores participantes

aceptan una tasa especial, llamada tasa contratada, como pago total. Su parte de los costos se basa en esa tasa contratada. Todos los beneficios de un plan HSP (excepto la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia) deben ser proporcionados por un proveedor participante para que estén cubiertos.

Creemos que mantener una relación continua con un médico que lo conozca bien y en quien usted confíe es una parte importante de un buen programa de cuidado de la salud. Es por eso que con PureCare HSP debe seleccionar un PCP para usted y para cada miembro de su familia. Al momento de elegir un PCP, opte por un médico participante que se encuentre lo suficientemente cerca de su residencia para permitir un acceso razonable a la atención médica. Puede obtener información sobre cómo seleccionar un PCP y una lista de los médicos participantes en el área de servicio de PureCare HSP de Health Net en el sitio web de Health Net en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com). También puede llamar al **1-877-609-8711** para solicitar información acerca del proveedor o contactarse con su agente autorizado de Health Net. Los PCP incluyen a médicos de medicina general y familiar, internistas, pediatras y obstetras/ginecólogos.

Algunos de los gastos cubiertos conforme al plan PureCare HSP están sujetos a un requisito de certificación a fin de evitar una multa por la falta de esta certificación. Consulte los “Requisitos de certificación para planes HSP únicamente” en la página siguiente.

## Deducible por año calendario

En algunos planes HMO y HSP, se requiere un deducible por año calendario para ciertos servicios y se aplica al desembolso máximo. Consulte las grillas de beneficios para obtener información específica. Usted debe pagar un monto de los gastos cubiertos por los servicios indicados equivalente al deducible por año calendario antes de que su plan pague los beneficios. Una vez que se cumple el deducible, usted es responsable, desde el punto de vista financiero, de pagar cualquier otro copago correspondiente hasta satisfacer el desembolso máximo individual o familiar.

Si usted es un integrante de una familia de dos o más miembros, alcanza el deducible cuando alcanza el monto de cualquiera de los miembros o cuando toda su familia alcanza el monto familiar. Los deducibles familiares equivalen a dos veces el deducible individual. Si su plan tiene un deducible por año calendario, ese deducible no se aplica a los beneficios de servicios dentales y de la vista conforme a los planes HMO Plus o los planes HSP Plus. Consulte en este documento “Cobertura dental y de la vista opcional (a partir de los 19 años de edad)”. Además, si su plan tiene un deducible por año calendario, los copagos por los beneficios de servicios dentales y de la vista conforme a los planes HMO Plus o los planes HSP Plus no se acumulan para ese deducible.

## Desembolso máximo

Los copagos y deducibles que usted o los miembros de su familia pagan por los servicios cubiertos y suministros se aplican al desembolso máximo (Out-of-Pocket Maximum, OOPM) individual o familiar. El OOPM familiar equivale a dos veces el OOPM individual. Después de que usted o los miembros de su familia alcancen su OOPM, no tiene que pagar montos adicionales por los servicios y suministros durante el resto del año calendario. Una vez que uno de los familiares alcance el OOPM individual, el resto de los familiares inscritos deberán continuar pagando los copagos y deducibles hasta que (a) el total de dichos copagos y deducibles pagados por la familia alcance el OOPM familiar o (b) cada familiar inscrito alcance, de manera individual, el OOPM individual. Usted es responsable de todos los cargos relacionados con los servicios o suministros no cubiertos por el plan de salud. Los pagos por los servicios o suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este OOPM anual. Los copagos por los beneficios de servicios dentales y de la vista conforme a los planes HMO Plus o los planes HSP Plus no se acumulan para su OOPM. Consulte en este documento “Cobertura dental y de la vista opcional (a partir de los 19 años de edad)”. En los planes HSP, las multas pagadas por los servicios que no se

certificaron según lo exigido no se aplican al OOPM anual (consulte los “Requisitos de certificación para planes HSP únicamente” en esta página). Para que se aplique el OOPM familiar, usted y su familia deben estar inscritos como una familia.

## Requisitos de certificación para planes HSP únicamente

En los planes HSP, determinados servicios cubiertos requieren, antes de su obtención, la revisión y aprobación de Health Net (afecciones médicas) o del Administrador de Salud del Comportamiento (trastornos mentales o dependencia de sustancias químicas). Esto se denomina certificación. Si estos servicios no se certifican antes de recibirse, usted será responsable de pagar una multa de \$250 por la falta de certificación. Estas multas no se aplican a su desembolso máximo.

**Ocasionalmente, se puede revisar la lista de certificación previa. Cualquier cambio de este tipo, incluidas las incorporaciones y supresiones de la lista de certificación previa, se comunicará a los proveedores participantes y se publicará en el sitio web [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com). La certificación NO constituye una determinación de beneficios. Es posible que algunos de estos servicios o suministros no estén cubiertos por su plan. Aun cuando un servicio o suministro esté certificado, las reglas de elegibilidad y las limitaciones de beneficios serán igualmente válidas.** Para obtener información detallada, consulte el *Contrato del Plan Individual y Familiar y la EOC*.

Los servicios que requieren certificación incluyen los siguientes:

1. Admisiones de pacientes hospitalizados<sup>1</sup>  
Cualquier tipo de centro, como los siguientes:
  - Centro de rehabilitación para afecciones agudas
  - Centro de tratamiento para el abuso de sustancias
  - Centro de atención de enfermos terminales

<sup>1</sup>No se requiere certificación para el período de hospitalización en caso de una cirugía reconstructiva como resultado de una mastectomía (incluida la tumorectomía) ni para diálisis renal. Tampoco se requiere certificación para el período de hospitalización para las primeras 48 horas posteriores a un parto normal o 96 horas posteriores a un parto por cesárea o para el tratamiento de la salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo.

- Hospital
  - Centro de salud del comportamiento
  - Centro de enfermería especializada
2. Paracentesis abdominal (cuando se realiza en un hospital)
  3. Ambulancia: servicios de ambulancia aérea o terrestre que no son de emergencia
  4. Análisis del comportamiento aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA) y otros tipos de tratamiento de la salud del comportamiento (Behavioral Health Treatment, BHT) para el autismo o trastornos generalizados del desarrollo.
    - Requiere notificación, certificación del diagnóstico y plan de tratamiento para los primeros 6 meses; después de los 6 meses, se requiere la certificación previa para determinar que la necesidad médica persiste
  5. Cirugía de espalda
  6. Procedimientos bariátricos
  7. Blefaroplastia (incluye ptosis parpebral)
  8. Reducción y aumento de senos
  9. Cirugía del túnel carpiano (cuando se realiza en un hospital)
  10. Cirugía de cataratas (cuando se realiza en un hospital)
  11. Implantes de condrocitos
  12. Reconstrucción de paladar hendido, incluidos servicios dentales y de ortodoncia
  13. Estudios clínicos
  14. Implantes cocleares
  15. Aparatos ortóticos a medida
  16. Dermatología: procedimientos para pacientes internados
    - Inyecciones e implantes cutáneos
    - Dermabrasiones/descamaciones químicas
    - Tratamiento con láser
    - Exfoliación química y electrólisis
  17. Equipo médico duradero:
    - Estimulador del crecimiento óseo
  - Dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (por sus siglas en inglés, CPAP)
  - Artículos hechos a la medida
  - Camas de hospital
  - Sillas de ruedas eléctricas
  - Escúteres
  18. Contrapulsación externa sincronizada (Enhanced external counterpulsation, EECP)
  19. Cesárea electiva
  20. Extirpación, exceso de piel y tejido subcutáneo (incluye lipectomía y paniclectomía) de abdomen, muslos, caderas, piernas, glúteos, antebrazos, brazos, manos, panículo adiposo submentoniano y otras áreas
  21. Servicios experimentales/de investigación y nuevas tecnologías
  22. Pruebas genéticas
  23. Reparación de hernia (cuando se realiza en un hospital)
  24. Liposucción
  25. Biopsia hepática (cuando se realiza en un hospital)
  26. Mastectomía para ginecomastia
  27. Neuroestimulador o estimulador de la columna vertebral
  28. Terapia ocupacional y del habla (incluye atención domiciliaria)
  29. Los servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección del mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido
  30. Procedimientos ortognáticos (incluye el tratamiento de la articulación temporomandibular)
  31. Otoplastia
  32. Procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios:

- Cateterismo cardíaco
  - CT (tomografía computarizada)
  - Ecocardiograma
  - Angiografía por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRA)
  - Resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRI)
  - Procedimientos de cardiología nuclear, incluida la SPECT (tomografía por emisión de fotón único)
  - PET (tomografía por emisión de positrones)
  - Estudios del sueño
33. Productos farmacéuticos para pacientes ambulatorios
- Autoinyectables
  - Determinados medicamentos administrados por el médico, ya sea que se administren en el consultorio del médico, en un centro de infusión independiente, en un centro quirúrgico ambulatorio, en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios o en un hospital para pacientes ambulatorios. Consulte el sitio web de Health Net en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) para obtener una lista de los medicamentos administrados por el médico que requieran certificación.
34. Fisioterapia y acupuntura para pacientes ambulatorios (que excedan las 12 consultas, incluye la atención a domicilio)
35. Artículos de prótesis que superan los \$2,500 en cargos facturados
36. Radioterapia
37. Rinoplastia
38. Septoplastia
39. Amigdalectomía y adenoidectomía (cuando se realizan en un hospital)
40. Reemplazo de articulaciones completas (cadera, rodilla, hombro y tobillo)
41. Servicios relacionados con trasplantes
42. Servicios de cambio de sexo
43. Tratamiento de várices
44. Endoscopia del tracto gastrointestinal superior e inferior (cuando se realiza en un hospital)
45. Procedimientos urológicos (cuando se realizan en un hospital)
46. Uvulopalatofaringoplastia (por sus siglas en inglés, UPPP) y UPPP con láser
47. Bermellectomía con mejora de la mucosa
48. Vestibuloplastia
49. X-STOP

## Acceso oportuno a servicios de cuidado de la salud que no son de emergencia

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (por sus siglas en inglés, DMHC) ha establecido reglamentaciones (Título 28, Sección 1300.67.2.2) que determinan requisitos para el acceso oportuno a los servicios de cuidado de la salud que no son de emergencia.

Puede comunicarse con Health Net al número que aparece en la contraportada, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para acceder a los servicios de selección o clasificación. Health Net brinda acceso a servicios de cuidado de la salud cubiertos de manera oportuna.

Si desea obtener más información, consulte el *Contrato del Plan y la EOC* del Plan HMO o HSP Individual y Familiar o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en la contraportada.

## Cobertura dental y de la vista opcional (a partir de los 19 años de edad)<sup>2</sup>

Los Planes Individuales y Familiares de Health Net incluyen cobertura pediátrica dental y de la vista para las personas menores de 19 años. La cobertura dental y de la vista opcional a partir de los 19 años de edad está disponible con los planes HMO Plus de Health Net y los planes HSP Plus de Health Net. Un plan “Plus” de Health Net es un plan HMO o HSP de Health Net que incluye

la cobertura dental y de la vista de Health Net. La palabra “Plus” indica el agregado de la cobertura opcional. Si desea obtener más información, consulte la información del plan Plus que se incluye más adelante en esta guía. O comuníquese con su agente autorizado de Health Net o llame al Departamento de Planes Individuales y Familiares de Health Net al 1-800-909-3447.

<sup>2</sup>Beneficios dentales y de la vista proporcionados por Health Net of California, Inc. Beneficios dentales administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia en California y no está afiliado a Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para proporcionar y administrar los beneficios de la vista. EyeMed Vision Care, LLC no está afiliado a Health Net of California, Inc.

## Resumen del Plan: Health Net Platinum 90 HMO

CommunityCare HMO está disponible directamente a través de Health Net en los condados de Los Ángeles, Orange y San Diego, y en partes de los condados de Kern, Riverside y San Bernardino.

**EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC.**

Los copagos indicados a continuación son los honorarios que debe pagar por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un cargo fijo en dólares o un porcentaje de los costos de Health Net por el servicio o suministro, acordado de antemano por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se brinda el servicio. Los copagos en porcentajes suelen facturarse después de recibir los servicios.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Máximo de por vida ilimitado	
<b>Máximos del plan</b>	
Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo (los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario)	\$4,000 individual / \$8,000 familiar
<b>Servicios profesionales</b>	
Copago por visita al consultorio <sup>2</sup>	\$15
Visita a un especialista <sup>2</sup>	\$40
Visita al consultorio de otro profesional (incluida la acupuntura médicamente necesaria) <sup>3</sup>	\$15
Servicios de atención preventiva <sup>2, 4</sup>	\$0
Radiografías e imágenes de diagnóstico	\$40
Análisis de laboratorio	\$20
Imágenes (CT, PET, MRI)	\$150
Terapia de rehabilitación y recuperación de las habilidades	\$15
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> Cirugía para pacientes ambulatorios	\$250 (centro) / \$40 (médico)
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Centros hospitalarios para pacientes internados (incluida la atención por maternidad)	\$250 por día, hasta un máximo de 5 días (centro de atención) / \$40 <sup>5</sup> (médico)
Cuidado de enfermería especializado	\$150 por día, hasta un máximo de 5 días <sup>6</sup>
<b>Servicios de emergencia</b>	
Servicios de la sala de emergencias (sin copagos en caso de internación)	\$150 (centro) / \$0 (médico)
Atención de urgencia	\$15
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$150
<b>Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias<sup>7</sup></b>	
Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	\$250 por día, hasta un máximo de 5 días (centro de atención) / \$40 (médico)
Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	\$15 (visita al consultorio) / \$0 (visita que no sea al consultorio)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	\$20
<b>Otros servicios</b>	
Equipo médico duradero	10%
Servicio de cuidado para enfermos terminales	\$0
Autoinyectables (que no sea la insulina) <sup>8</sup>	10% hasta \$250 / receta
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica <sup>9, 10, 11, 12</sup> (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante)	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$5
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$15
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$25
Nivel IV (medicamentos especializados) <sup>13</sup>	10 % hasta \$250 / receta
<b>Atención dental para niños<sup>14</sup></b> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
<b>Atención de la vista para niños<sup>15</sup></b> Exámenes de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

**Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.**

- <sup>1</sup>Conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible, que los determina elegibles por el Mercado e independientemente del ingreso, los indígenas americanos y alaskaños no tienen obligación de costo compartido bajo este plan para artículos o servicios que son beneficios de salud esenciales si los artículos o servicios son proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una tribu indígena, una organización tribal, una organización indígena urbana o por medio de una remisión bajo un contrato por servicios de salud, como lo define la ley federal. Los costos compartidos refieren a copagos que incluyen coseguro y deducibles. Además, un indígena americano o alaskaño que esté inscrito en una variante del plan de costo compartido cero —porque el Mercado (Exchange) considera que su ingreso estimado no supera el 300% del Nivel de Federal de Pobreza—, no tiene una obligación de costo compartido para los beneficios de salud esenciales cuando los artículos o servicios sean proporcionados por cualquier proveedor participante.
- <sup>2</sup>Las visitas al consultorio para atención prenatal, posparto y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluidas las visitas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte las listas de cobertura para “servicios de atención preventiva”. Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el copago se aplicará a los servicios no preventivos.
- <sup>3</sup>Incluye las visitas por acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y otras visitas al consultorio no proporcionadas por médicos de atención primaria o especializados o no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de cuidado de acupuntura de calidad y accesible.
- <sup>4</sup>Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y las pautas para la atención de salud preventiva en bebés, niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, que incluyen servicios de atención preventiva para el embarazo y exámenes preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés), que cuenta con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y la opción de cualquier prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Un extractor de leche y los suministros necesarios para que funcione estarán cubiertos para cada embarazo sin cargo para el afiliado. Determinaremos el tipo de equipo, ya sea para alquilar o para comprar, y el proveedor que lo proporciona.
- <sup>5</sup>Solo se aplica un copago por los servicios del médico/cirujano para pacientes internados por cada hospitalización. El copago por los servicios del médico/cirujano para pacientes hospitalizados se cobra al mismo tiempo que el copago por los servicios del hospital para pacientes internados. No se cobra un copago adicional después de los primeros 5 días de hospitalización continua.
- <sup>6</sup>No se cobra un copago adicional después de los primeros 5 días de hospitalización continua en un centro de enfermería especializada.
- <sup>7</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento que proporciona servicios de salud del comportamiento.
- <sup>8</sup>Los medicamentos autoinyectables (que no sean la insulina) se consideran medicamentos especializados y deben obtenerse a través de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Algunos medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.
- <sup>9</sup>Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por receta individual con un suministro de hasta 30 días.
- <sup>10</sup>Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, usted solo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.
- <sup>11</sup>Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos, están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, ya sean de venta libre o con receta. Si se despacha un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca y hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado, usted deberá pagar la diferencia en el precio entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Sin embargo, si un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, se otorgará el medicamento de marca sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico).
- <sup>12</sup>La Lista de medicamentos esenciales con receta es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no se encuentren en la lista (anteriormente conocidos como medicamentos no incluidos en el formulario) que no estén excluidos ni limitados en la cobertura también están cubiertos. Algunos de los medicamentos que no se incluyen en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentre en la lista en el copago del Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 72 días, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información que es razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos esenciales con receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en la contraportada de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).
- Los medicamentos genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluidos los medicamentos especializados, que tengan un equivalente genérico en el copago del Nivel II, III o IV (Medicamentos especializados) cuando se consideren médicamente necesarios.
- <sup>13</sup>Los medicamentos del Nivel IV (medicamentos especializados) están identificados en la Lista de medicamentos esenciales con receta con las letras “SP”, requieren autorización previa de Health Net y es posible que se exija su despacho mediante el proveedor de especialidades farmacéuticas con cobertura.
- <sup>14</sup>Los beneficios dentales para niños son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia en California y no está afiliado a Health Net. Los beneficios dentales para niños adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte el Contrato del Plan Individual y Familiar y la EOC.
- <sup>15</sup>Los beneficios de servicios pediátricos de la vista son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista para niños.

## Resumen del Plan: Health Net Gold 80 HMO

CommunityCare HMO está disponible directamente a través de Health Net en los condados de Los Ángeles, Orange y San Diego, y en partes de los condados de Kern, Riverside y San Bernardino.

**EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC.**

Los copagos indicados a continuación son los honorarios que debe pagar por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un cargo fijo en dólares o un porcentaje de los costos de Health Net por el servicio o suministro, acordado de antemano por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se brinda el servicio. Los copagos en porcentaje se facturan generalmente después de que se recibió el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Máximo de por vida ilimitado	
<b>Máximos del plan</b> Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo (los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario)	\$6,750 individual / \$13,500 familiar
<b>Servicios profesionales</b> Copago por visita al consultorio <sup>1</sup>	\$30
Visita a un especialista <sup>1</sup>	\$55
Visita al consultorio de otro profesional (incluida la acupuntura médicamente necesaria) <sup>2</sup>	\$30
Servicios de atención preventiva <sup>1, 3</sup>	\$0
Radiografías e imágenes de diagnóstico	\$55
Análisis de laboratorio	\$35
Imágenes (CT, PET, MRI)	\$275
Terapia de rehabilitación y recuperación de las habilidades	\$30
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> Cirugía para pacientes ambulatorios	\$600 (centro) / \$55 (médico)
<b>Servicios hospitalarios</b> Centros hospitalarios para pacientes internados (incluida la atención por maternidad)	\$600 por día, hasta un máximo de 5 días (centro de atención) / \$55 (médico) <sup>4</sup>
Cuidado de enfermería especializado	\$300 por día, hasta un máximo de 5 días <sup>5</sup>
<b>Servicios de emergencia</b> Servicios de la sala de emergencias (sin copagos en caso de internación)	\$325 (centro) / \$0 (médico)
Atención de urgencia	\$30
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
<b>Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias<sup>6</sup></b> Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	\$600 por día, hasta un máximo de 5 días (centro de atención) / \$55 (médico)
Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	\$30 (visita al consultorio) / \$0 (visita que no sea al consultorio)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	\$30
<b>Otros servicios</b> Equipo médico duradero	20%
Servicio de cuidado para enfermos terminales	\$0
Autoinyectables (que no sea la insulina) <sup>7</sup>	20% hasta \$250 / receta
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica<sup>8, 9, 10, 11</sup></b> (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante)	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$15
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$55
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$75
Nivel IV (medicamentos especiales) <sup>12</sup>	20% hasta \$250 / receta
<b>Atención dental para niños<sup>13</sup></b> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
<b>Atención de la vista para niños<sup>14</sup></b> Exámenes de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

**Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.**

<sup>1</sup>Las visitas al consultorio para atención prenatal, posparto y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluidas las visitas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte las listas de cobertura para “servicios de atención preventiva”. Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el copago se aplicará a los servicios no preventivos.

<sup>2</sup>Incluye las visitas por acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y otras visitas al consultorio no proporcionadas por médicos de atención primaria o especializados o no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de cuidado de acupuntura de calidad y accesible.

<sup>3</sup>Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y las pautas para la atención de salud preventiva en bebés, niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, que incluyen servicios de atención preventiva para el embarazo y exámenes preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés), que cuenta con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y la opción de cualquier prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Un extractor de leche y los suministros necesarios para que funcione estarán cubiertos para cada embarazo sin cargo para el afiliado. Determinaremos el tipo de equipo, ya sea para alquilar o para comprar, y el proveedor que lo proporciona.

<sup>4</sup>Solo se aplica un copago por los servicios del médico/cirujano para pacientes hospitalizados por cada hospitalización. El copago por los servicios del médico/cirujano para pacientes hospitalizados se cobra al mismo tiempo que el copago por los servicios del hospital para pacientes internados. No se cobra un copago adicional después de los primeros 5 días de hospitalización continua.

<sup>5</sup>No se cobra un copago adicional después de los primeros 5 días de hospitalización continua en un centro de enfermería especializada.

<sup>6</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento que proporciona servicios de salud del comportamiento.

<sup>7</sup>Los medicamentos autoinyectables (que no sean la insulina) se consideran medicamentos especializados y deben obtenerse a través de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Algunos medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

<sup>8</sup>Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por receta individual con un suministro de hasta 30 días.

<sup>9</sup>Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, usted solo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

<sup>10</sup>Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos, están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, ya sean de venta libre o con receta. Si se despacha un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca y hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado, usted deberá pagar la diferencia en el precio entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Sin embargo, si un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, se otorgará el medicamento de marca sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico).

<sup>11</sup>La Lista de medicamentos esenciales con receta es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no se encuentren en la lista (anteriormente conocidos como medicamentos no incluidos en el formulario) que no estén excluidos ni limitados en la cobertura también están cubiertos. Algunos de los medicamentos que no se incluyen en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentre en la lista en el copago del Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 72 días, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información que es razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos esenciales con receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en la contraportada de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Los medicamentos genéricos se despacharán cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluidos los medicamentos especializados, que tengan un equivalente genérico en el copago del Nivel II, III o IV (Medicamentos especializados) cuando se consideren médicamente necesarios.

<sup>12</sup>Los medicamentos del Nivel IV (Medicamentos especializados) están identificados en la Lista de medicamentos esenciales con receta con las letras “SP”, requieren autorización previa de Health Net y es posible que se exija su despacho mediante el proveedor de especialidades farmacéuticas con cobertura.

<sup>13</sup>Los beneficios dentales para niños son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia en California y no está afiliado a Health Net. Los beneficios dentales para niños adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte el Contrato del Plan Individual y Familiar y la EOC.

<sup>14</sup>Los beneficios de servicios pediátricos de la vista son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista para niños.

## Resumen del Plan: Health Net Silver 70 HMO

CommunityCare HMO está disponible directamente a través de Health Net en los condados de Los Ángeles, Orange y San Diego, y en partes de los condados de Kern, Riverside y San Bernardino.

**EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC.**

Los copagos indicados a continuación son los honorarios que debe pagar por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un cargo fijo en dólares o un porcentaje de los costos de Health Net por el servicio o suministro, acordado de antemano por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se brinda el servicio. Los copagos en porcentaje se facturan generalmente después de que se recibió el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Máximo de por vida ilimitado. Los beneficios están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario	
<b>Máximos del plan</b> Deducible por año calendario <sup>1</sup>	\$2,500 individual / \$5,000 familiar
Desembolso máximo (los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario)	\$6,800 individual / \$13,600 familiar
<b>Servicios profesionales</b> Copago por visita al consultorio <sup>2</sup>	\$35 (sin deducible)
Visita a un especialista <sup>2</sup>	\$70 (sin deducible)
Visita al consultorio de otro profesional (incluida la acupuntura médicamente necesaria) <sup>3</sup>	\$35 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva <sup>2, 4</sup>	\$0 (sin deducible)
Radiografías e imágenes de diagnóstico	\$70 (sin deducible)
Análisis de laboratorio	\$35 (sin deducible)
Imágenes (CT, PET, MRI)	\$300 (sin deducible)
Terapia de rehabilitación y recuperación de las habilidades	\$35 (sin deducible)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el arancel del hospital y los aranceles del médico/cirujano)	20% (sin deducible)
<b>Servicios hospitalarios</b> Centros hospitalarios para pacientes internados (incluida la atención por maternidad)	20%
Cuidado de enfermería especializado	20%
<b>Servicios de emergencia</b> Servicios de la sala de emergencias (sin copago en caso de internación)	\$350 centro de atención (sin deducible) / \$0 médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$35 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
<b>Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias<sup>5</sup></b> Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	20%
Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$35 (sin deducible) Visita que no sea al consultorio: 20% hasta \$35 (sin deducible)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	\$45 (sin deducible)
<b>Otros servicios</b> Equipo médico duradero	20% (sin deducible)
Servicio de cuidado para enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Autoinyectables <sup>6</sup> (que no sea la insulina)	20% hasta \$250 / receta (se aplica el deducible para medicamentos con receta)
<b>Cobertura para medicamentos que requieren receta médica<sup>7, 8, 9, 10, 11</sup></b> Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante) Deducible por año calendario para medicamentos que requieren receta médica	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin el deducible para medicamentos con receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$55 (se aplica el deducible para medicamentos con receta)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$80 (se aplica el deducible para medicamentos con receta)
Nivel IV (medicamentos especiales) <sup>12</sup>	20% hasta \$250 / receta después del deducible para medicamentos con receta
<b>Atención dental para niños</b> <sup>13</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
<b>Atención de la vista para niños</b> <sup>14</sup> Exámenes de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

**Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.**

<sup>1</sup>Para determinados servicios y suministros conforme a este plan, se aplica un deducible por año calendario, que debe cumplirse antes de que estos servicios y suministros estén cubiertos. Estos servicios y suministros solamente están cubiertos en la medida que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, salvo que se haya especificado lo contrario anteriormente.

<sup>2</sup>Las visitas al consultorio para atención prenatal, posparto y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluidas las visitas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte las listas de cobertura para “servicios de atención preventiva”. Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el copago se aplicará a los servicios no preventivos.

<sup>3</sup>Incluye las visitas por acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y otras visitas al consultorio no proporcionadas por médicos de atención primaria o especializados o no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de cuidado de acupuntura de calidad y accesible.

<sup>4</sup>Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y las pautas para la atención de salud preventiva en bebés, niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, que incluyen servicios de atención preventiva para el embarazo y exámenes preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés), que cuenta con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y la opción de cualquier prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Un extractor de leche y los suministros necesarios para que funcione estarán cubiertos para cada embarazo sin cargo para el afiliado. Determinaremos el tipo de equipo, ya sea para alquilar o para comprar, y el proveedor que lo proporciona.

<sup>5</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

<sup>6</sup>Los medicamentos autoinyectables (que no sean la insulina) se consideran medicamentos especializados y deben obtenerse a través de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Algunos medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

<sup>7</sup>Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por receta individual con un suministro de hasta 30 días.

<sup>8</sup>Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, usted solo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

<sup>9</sup>El deducible por medicamentos con receta no se aplica a los medicamentos con receta del Nivel I. Para todos los demás medicamentos con receta, se debe pagar el deducible (por año calendario) antes de que Health Net comience a pagar. Si forma parte de una familia de dos o más miembros, usted puede alcanzar el deducible por medicamentos con receta si alcanza el monto de cualquiera de los miembros o cuando toda la familia alcanza el monto familiar. El deducible por medicamentos con receta no se aplica a los medidores de flujo espiratorio máximo, los espaciadores de inhaladores que se utilizan para el tratamiento del asma, los suministros y equipos para diabéticos despachados mediante una farmacia participante ni los medicamentos preventivos y anticonceptivos femeninos. Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tarifa de farmacia contratada por Health Net o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.

<sup>10</sup>Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos, están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, ya sean de venta libre o con receta. Si se despacha un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca y hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado, usted deberá pagar la diferencia en el precio entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Sin embargo, si un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, se otorgará el medicamento de marca sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico).

<sup>11</sup>La Lista de medicamentos esenciales con receta es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no se encuentren en la lista (anteriormente conocidos como medicamentos no incluidos en el formulario) que no estén excluidos ni limitados en la cobertura también están cubiertos. Algunos de los medicamentos que no se incluyen en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentre en la lista en el copago del Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 72 días, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información que es razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos esenciales con receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en la contraportada de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Los medicamentos genéricos se despacharán cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluidos los medicamentos especializados, que tengan un equivalente genérico en el copago del Nivel II, III o IV (Medicamentos especializados) cuando se consideren médicamente necesarios.

<sup>12</sup>Los medicamentos del Nivel IV (Medicamentos especializados) están identificados en la Lista de medicamentos esenciales con receta con las letras “SP”, requieren autorización previa de Health Net y es posible que se exija su despacho mediante el proveedor de especialidades farmacéuticas con cobertura.

<sup>13</sup>Los beneficios dentales para niños son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia en California y no está afiliado a Health Net. Los beneficios dentales para niños adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte el Contrato del Plan Individual y Familiar y la EOC.

<sup>14</sup>Los beneficios de servicios pediátricos de la vista son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista para niños.

## Resumen del Plan: Health Net Platinum 90 HSP

PureCare HSP está disponible directamente a través de Health Net en los condados de Kings, Los Ángeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego y Yolo y en partes de los condados de El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino y Santa Clara.

**EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC.**

Los copagos indicados a continuación son los honorarios que debe pagar por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un cargo fijo en dólares o un porcentaje de los costos de Health Net por el servicio o suministro, acordado de antemano por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se brinda el servicio. Los copagos en porcentajes suelen facturarse después de recibir los servicios.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Máximo de por vida ilimitado	
<b>Máximos del plan</b>	
Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo (los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario)	\$4,000 individual / \$8,000 familiar
<b>Servicios profesionales</b>	
Copago por visita al consultorio <sup>2</sup>	\$15
Visita a un especialista <sup>2</sup>	\$40
Visita al consultorio de otro profesional (incluida la acupuntura médicamente necesaria) <sup>3</sup>	\$15
Servicios de atención preventiva <sup>2, 4</sup>	\$0
Radiografías e imágenes de diagnóstico	\$40
Análisis de laboratorio	\$20
Imágenes (CT, PET, MRI)	10%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$15
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el arancel del hospital y los aranceles del médico/cirujano)	10%
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Hospitalización para pacientes internados (incluida la maternidad)	10%
Cuidado de enfermería especializado	10%
<b>Servicios de emergencia</b>	
Servicios de la sala de emergencias (sin copagos en caso de internación)	\$150 (centro) / 10% (médico)
Atención de urgencia	\$15
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$150
<b>Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias<sup>5</sup></b>	
Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	10%
Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (para pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$15 Visita que no sea al consultorio: 10% hasta \$15
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)</b>	10%
<b>Otros Servicios</b>	
Equipo médico duradero	10%
Servicio de cuidado para enfermos terminales	\$0
Autoinyectables (que no sea la insulina) <sup>6</sup>	10% hasta \$250 / receta
<b>Cobertura de medicamentos con receta<sup>7, 8, 9, 10</sup></b>	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante)	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$5
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$15
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$25
Nivel IV (medicamentos especiales) <sup>12</sup>	10% hasta \$250 / receta

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Atención dental para niños <sup>12</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Atención de la vista para niños <sup>13</sup> Exámenes de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

**Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.**

<sup>1</sup>Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener información detallada.

<sup>2</sup>Las visitas al consultorio para atención prenatal, posparto y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluidas las visitas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte las listas de cobertura para "servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el copago se aplicará a los servicios no preventivos.

<sup>3</sup>Incluye las visitas por acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y otras visitas al consultorio no proporcionadas por médicos de atención primaria o especializados o no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de cuidado de acupuntura de calidad y accesible.

<sup>4</sup>Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y las pautas para la atención de salud preventiva en bebés, niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, que incluyen servicios de atención preventiva para el embarazo y exámenes preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés), que cuenta con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y la opción de cualquier prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Un extractor de leche y los suministros necesarios para que funcione estarán cubiertos para cada embarazo sin cargo para el afiliado. Determinaremos el tipo de equipo, ya sea para alquilar o para comprar, y el proveedor que lo proporciona.

<sup>5</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

<sup>6</sup>Los medicamentos autoinyectables (que no sean la insulina) se consideran medicamentos especializados y deben obtenerse a través de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Algunos medicamentos de especialidades requieren la autorización previa de Health Net.

<sup>7</sup>Los medicamentos contra el cáncer por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por receta individual con un suministro de hasta 30 días.

<sup>8</sup>Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, usted solo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

<sup>9</sup>Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, ya sean de venta libre o con receta. Si se despacha un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca y hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado, usted deberá pagar la diferencia en el precio entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Sin embargo, si un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, se otorgará el medicamento de marca sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico).

<sup>10</sup>La Lista de medicamentos esenciales con receta es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no se encuentren en la lista (anteriormente conocidos como medicamentos no incluidos en el formulario) que no estén excluidos ni limitados en la cobertura también están cubiertos. Algunos de los medicamentos que no se incluyen en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentre en la lista en el copago del Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 72 días, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información que es razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos esenciales con receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en la contraportada de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Los medicamentos genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluidos los medicamentos especializados, que tengan un equivalente genérico en el copago del Nivel II, III o IV (Medicamentos especializados) cuando se consideren médicamente necesarios.

<sup>11</sup>Los medicamentos del Nivel IV (Medicamento especializados) están identificados en la Lista de medicamentos esenciales con receta con las letras "SP", requieren autorización previa de Health Net y es posible que se exija su despacho mediante el proveedor de especialidades farmacéuticas con cobertura.

<sup>12</sup>Los beneficios dentales para niños son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia en California y no está afiliado a Health Net. Los beneficios dentales para niños adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte el Contrato del Plan Individual y Familiar y la EOC.

<sup>13</sup>Los beneficios de servicios pediátricos de la vista son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista para niños.

## Resumen del Plan: Health Net Gold 80 HSP

PureCare HSP está disponible directamente a través de Health Net en los condados de Kings, Los Ángeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego y Yolo y en partes de los condados de El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino y Santa Clara.

**EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC.**

Los copagos indicados a continuación son los honorarios que debe pagar por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un cargo fijo en dólares o un porcentaje de los costos de Health Net por el servicio o suministro, acordado de antemano por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se brinda el servicio. Los copagos en porcentajes suelen facturarse después de recibir los servicios.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Máximo de por vida ilimitado	
<b>Máximos del plan</b>	
Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo (los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario)	\$6,750 individual / \$13,500 familiar
<b>Servicios profesionales</b>	
Copago por visita al consultorio <sup>2</sup>	\$30
Visita a un especialista <sup>2</sup>	\$55
Visita al consultorio de otro profesional (incluida la acupuntura médicamente necesaria) <sup>3</sup>	\$30
Servicios de atención preventiva <sup>2, 4</sup>	\$0
Radiografías e imágenes de diagnóstico	\$55
Análisis de laboratorio	\$35
Imágenes (CT, PET, MRI)	20%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$30
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el arancel del hospital y los aranceles del médico/cirujano)	20%
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Hospitalización para pacientes internados (incluida la maternidad)	20%
Cuidado de enfermería especializado	20%
<b>Servicios de emergencia</b>	
Servicios de la sala de emergencias (sin copagos en caso de internación)	\$325 (centro) / \$0 (médico)
Atención de urgencia	\$30
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
<b>Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias<sup>5</sup></b>	
Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	20%
Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (para pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$30 Visita que no sea al consultorio: 20% hasta \$30
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	20%
<b>Otros Servicios</b>	
Equipo médico duradero	20%
Servicio de cuidado para enfermos terminales	\$0
Autoinyectables (que no sea la insulina) <sup>6</sup>	20% hasta \$250 / receta
<b>Cobertura de medicamentos con receta<sup>7, 8, 9, 10</sup></b>	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante)	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$15
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$55
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$75
Nivel IV (medicamentos especializados) <sup>11</sup>	20% hasta \$250 / receta

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Atención dental para niños <sup>12</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Atención de la vista para niños <sup>13</sup> Exámenes de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

**Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.**

<sup>1</sup>Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener información detallada.

<sup>2</sup>Las visitas al consultorio para atención prenatal, posparto y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluidas las visitas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte las listas de cobertura para "servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el copago se aplicará a los servicios no preventivos.

<sup>3</sup>Incluye las visitas por acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y otras visitas al consultorio no proporcionadas por médicos de atención primaria o especializados o no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de cuidado de acupuntura de calidad y accesible.

<sup>4</sup>Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y las pautas para la atención de salud preventiva en bebés, niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, que incluyen servicios de atención preventiva para el embarazo y exámenes preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés), que cuenta con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y la opción de cualquier prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Un extractor de leche y los suministros necesarios para que funcione estarán cubiertos para cada embarazo sin cargo para el afiliado. Determinaremos el tipo de equipo, ya sea para alquilar o para comprar, y el proveedor que lo proporciona.

<sup>5</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

<sup>6</sup>Los medicamentos autoinyectables (que no sean la insulina) se consideran medicamentos especializados y deben obtenerse a través de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Algunos medicamentos de especialidades requieren la autorización previa de Health Net.

<sup>7</sup>Los medicamentos contra el cáncer por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por receta individual con un suministro de hasta 30 días.

<sup>8</sup>Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, usted solo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

<sup>9</sup>Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, ya sean de venta libre o con receta. Si se despacha un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca y hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado, usted deberá pagar la diferencia en el precio entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Sin embargo, si un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, se otorgará el medicamento de marca sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico).

<sup>10</sup>La Lista de medicamentos esenciales con receta es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no se encuentren en la lista (anteriormente conocidos como medicamentos no incluidos en el formulario) que no estén excluidos ni limitados en la cobertura también están cubiertos. Algunos de los medicamentos que no se incluyen en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentre en la lista en el copago del Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 72 días, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información que es razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos esenciales con receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en la contraportada de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Los medicamentos genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluidos los medicamentos especializados, que tengan un equivalente genérico en el copago del Nivel II, III o IV (Medicamentos especializados) cuando se consideren médicamente necesarios.

<sup>11</sup>Los medicamentos del Nivel IV (Medicamento especializados) están identificados en la Lista de medicamentos esenciales con receta con las letras "SP", requieren autorización previa de Health Net y es posible que se exija su despacho mediante el proveedor de especialidades farmacéuticas con cobertura.

<sup>12</sup>Los beneficios dentales para niños son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia en California y no está afiliado a Health Net. Los beneficios dentales para niños adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte el Contrato del Plan Individual y Familiar y la EOC.

<sup>13</sup>Los beneficios de servicios pediátricos de la vista son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista para niños.

## Resumen del Plan: Health Net Silver 70 HSP

PureCare HSP está disponible directamente a través de Health Net en los condados de Kings, Los Ángeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego y Yolo y en partes de los condados de El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino y Santa Clara.

**EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC.**

Los copagos indicados a continuación son los honorarios que debe pagar por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un cargo fijo en dólares o un porcentaje de los costos de Health Net por el servicio o suministro, acordado de antemano por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se brinda el servicio. Los copagos en porcentajes suelen facturarse después de recibir los servicios.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Máximo de por vida ilimitado. Los beneficios están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario	
<b>Máximos del plan</b> Deducible por año calendario <sup>2</sup>	\$2,500 individual / \$5,000 familiar
Desembolso máximo (incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario)	\$6,800 individual / \$13,600 familiar
<b>Servicios profesionales</b> Copago por visita al consultorio <sup>3</sup>	\$35 (sin deducible)
Visita a un especialista <sup>3</sup>	\$70 (sin deducible)
Visita al consultorio de otro profesional (incluida la acupuntura médicamente necesaria) <sup>4</sup>	\$35 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva <sup>3,5</sup>	\$0
Radiografías e imágenes de diagnóstico	\$70 (sin deducible)
Análisis de laboratorio	\$35 (sin deducible)
Imágenes (CT, PET, MRI)	\$300 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$35 (sin deducible)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el arancel del hospital y los aranceles del médico/cirujano)	20% (sin deducible)
<b>Servicios hospitalarios</b> Hospitalización para pacientes internados (incluida la maternidad)	20%
Cuidado de enfermería especializado	20%
<b>Servicios de emergencia</b> Servicios de la sala de emergencias (sin copagos en caso de internación)	\$350 centro de atención (sin deducible) / \$0 médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$35 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
<b>Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias<sup>6</sup></b> Salud mental y del comportamiento/Tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	20%
Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (para pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$35 (sin deducible) Visita que no sea al consultorio: 20% hasta \$35 (sin deducible)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	\$45 (sin deducible)
<b>Otros Servicios</b> Equipo médico duradero	20% (sin deducible)
Servicio de cuidado para enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Autoinyectables (que no sea la insulina) <sup>7</sup>	20% hasta \$250 por receta (después del deducible para medicamentos con receta)
<b>Cobertura de medicamentos con receta<sup>8, 9, 10, 11</sup></b> Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante) Deducible por año calendario para medicamentos que requieren receta médica	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin el deducible para medicamentos con receta)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$55 (sin el deducible para medicamentos con receta)
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$80 (se aplica el deducible para medicamentos con receta)
Nivel IV (medicamentos especiales) <sup>12</sup>	20% hasta \$250 por receta (después del deducible para medicamentos con receta)
Atención dental para niños <sup>13</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Atención de la vista para niños <sup>14</sup> Exámenes de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

**Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.**

<sup>1</sup>Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener información detallada.

<sup>2</sup>Para determinados servicios y suministros conforme a este plan, incluidos los medicamentos que requieren receta médica, se aplica un deducible por año calendario, que debe cumplirse antes de que estos servicios y suministros estén cubiertos. Estos servicios y suministros solamente están cubiertos en la medida que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, salvo que se haya especificado lo contrario anteriormente.

<sup>3</sup>Las visitas al consultorio para atención prenatal, posparto y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluidas las visitas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte las listas de cobertura para "servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el copago se aplicará a los servicios no preventivos.

<sup>4</sup>Incluye las visitas por acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y otras visitas al consultorio no proporcionadas por médicos de atención primaria o especializados o no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de cuidado de acupuntura de calidad y accesible.

<sup>5</sup>Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y las pautas para la atención de salud preventiva en bebés, niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, que incluyen servicios de atención preventiva para el embarazo y exámenes preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés), que cuenta con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y la opción de cualquier prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Un extractor de leche y los suministros necesarios para que funcione estarán cubiertos para cada embarazo sin cargo para el afiliado. Determinaremos el tipo de equipo, ya sea para alquilar o para comprar, y el proveedor que lo proporciona.

<sup>6</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

<sup>7</sup>Los medicamentos autoinyectables (que no sean la insulina) se consideran medicamentos especializados y deben obtenerse a través de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Algunos medicamentos de especialidades requieren la autorización previa de Health Net.

<sup>8</sup>Los medicamentos contra el cáncer por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por receta individual con un suministro de hasta 30 días.

<sup>9</sup>Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, usted solo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

<sup>10</sup>Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos, están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, ya sean de venta libre o con receta. Si se despacha un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca y hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado, usted deberá pagar la diferencia en el precio entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Sin embargo, si un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, se otorgará el medicamento de marca sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico).

<sup>11</sup>La Lista de medicamentos esenciales con receta es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no se encuentren en la lista (anteriormente conocidos como medicamentos no incluidos en el formulario) que no estén excluidos ni limitados en la cobertura también están cubiertos. Algunos de los medicamentos que no se incluyen en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentre en la lista en el copago del Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 72 días, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información que es razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos esenciales con receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en la contraportada de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Los medicamentos genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluidos los medicamentos especializados, que tengan un equivalente genérico en el copago del Nivel II, III o IV (Medicamentos especializados) cuando se consideren médicamente necesarios.

<sup>12</sup>Los medicamentos del Nivel IV (Medicamentos especializados) están identificados en la Lista de medicamentos esenciales con receta con las letras "SP", requieren autorización previa de Health Net y es posible que se exija su despacho mediante el proveedor de especialidades farmacéuticas con cobertura.

<sup>13</sup>Los beneficios dentales para niños son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia en California y no está afiliado a Health Net. Los beneficios dentales para niños adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte el Contrato del Plan Individual y Familiar y la EOC.

<sup>14</sup>Los beneficios de servicios pediátricos de la vista son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista para niños.

## Resumen del Plan: Health Net Bronze 60 HSP

PureCare HSP está disponible directamente a través de Health Net en los condados de Kings, Los Ángeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego y Yolo, y en partes de los condados de El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino y Santa Clara.

**EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC.**

Los copagos indicados a continuación son los honorarios que debe pagar por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un cargo fijo en dólares o un porcentaje de los costos de Health Net por el servicio o suministro, acordado de antemano por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se brinda el servicio. Los copagos en porcentajes suelen facturarse después de recibir los servicios.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Máximo de por vida ilimitado. Los beneficios están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario	
<b>Máximos del plan</b> Deducible por año calendario <sup>2</sup>	\$6,300 individual / \$12,600 familiar
Desembolso máximo (incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario)	\$6,800 individual / \$13,600 familiar
<b>Servicios profesionales</b> Copago por visita al consultorio <sup>3</sup>	De 1 a 3 visitas: \$75 (sin deducible) <sup>4</sup> / 4 visitas o más: \$75 (se aplica el deducible)
Visita a un especialista <sup>3</sup>	De 1 a 3 visitas: \$105 (sin deducible) <sup>4</sup> / 4 visitas o más: \$105 (se aplica el deducible)
Visita al consultorio de otro profesional (incluida la acupuntura médicamente necesaria) <sup>5</sup>	De 1 a 3 visitas: \$75 (sin deducible) <sup>4</sup> / 4 visitas o más: \$75 (se aplica el deducible)
Servicios de atención preventiva <sup>3,6</sup>	\$0 (sin deducible)
Radiografías e imágenes de diagnóstico	100%
Análisis de laboratorio	\$40 (sin deducible)
Imágenes (CT, PET, MRI)	100%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$75 (sin deducible)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el arancel del hospital y los aranceles del médico/cirujano)	100%
<b>Servicios hospitalarios</b> Hospitalización para pacientes internados (incluida la maternidad)	100%
Cuidado de enfermería especializado	100%
<b>Servicios de emergencia</b> Servicios de la sala de emergencias (sin copagos en caso de internación)	100% centro de atención / \$0 médico (sin deducible)
Atención de urgencia	De 1 a 3 visitas: \$75 (sin deducible) <sup>4</sup> / 4 visitas o más: \$75 (se aplica el deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	100%
<b>Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias<sup>7</sup></b> Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	100%
Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (para pacientes ambulatorios)	Consulta en el consultorio: \$75 (sin deducible) / Visita que no sea al consultorio: 100% hasta \$75 (sin deducible)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	100%
<b>Otros Servicios</b> Equipo médico duradero	100%
Servicio de cuidado para enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Autoinyectables (que no sea la insulina) <sup>8</sup>	100% hasta \$500 / receta (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)
<b>Cobertura de medicamentos con receta<sup>9, 10, 11, 12</sup></b> Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante) Deducible por año calendario para medicamentos que requieren receta médica	\$500 individual / \$1,000 familiar

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	100% hasta \$500 / receta (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	100% hasta \$500 / receta (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	100% hasta \$500 / receta (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)
Nivel IV (medicamentos especializados) <sup>13</sup>	100% hasta \$500 / receta (después del deducible para medicamentos que requieren receta médica)
Atención dental para niños <sup>14</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Atención de la vista para niños <sup>15</sup> Exámenes de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

**Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.**

<sup>1</sup>Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener información detallada.

<sup>2</sup>Para determinados servicios y suministros conforme a este plan, incluidos los medicamentos que requieren receta médica, se aplica un deducible por año calendario, que debe cumplirse antes de que estos servicios y suministros estén cubiertos. Estos servicios y suministros solamente están cubiertos en la medida que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, salvo que se haya especificado lo contrario anteriormente.

<sup>3</sup>Las visitas al consultorio para atención prenatal, posparto y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluidas las visitas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte las listas de cobertura para “servicios de atención preventiva”. Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el copago se aplicará a los servicios no preventivos.

<sup>4</sup>Se aplica el deducible por año calendario después de las primeras 3 visitas no preventivas. Las visitas no preventivas incluyen las visitas de atención de urgencia y las visitas al consultorio de un especialista, médico, asistente médico, enfermero u otros profesionales o las visitas posparto al consultorio.

<sup>5</sup>Incluye las visitas por acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y otras visitas al consultorio no proporcionadas por médicos de atención primaria o especializados o no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de cuidado de acupuntura de calidad y accesible.

<sup>6</sup>Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y las pautas para la atención de salud preventiva en bebés, niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, que incluyen servicios de atención preventiva para el embarazo y exámenes preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés), que cuenta con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y la opción de cualquier prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Un extractor de leche y los suministros necesarios para que funcione estarán cubiertos para cada embarazo sin cargo para el afiliado. Determinaremos el tipo de equipo, ya sea para alquilar o para comprar, y el proveedor que lo proporciona.

<sup>7</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

<sup>8</sup>Los medicamentos autoinyectables (que no sean la insulina) se consideran medicamentos especializados y deben obtenerse a través de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Algunos medicamentos de especialidades requieren la autorización previa de Health Net.

<sup>9</sup>Los medicamentos contra el cáncer por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por receta individual con un suministro de hasta 30 días.

<sup>10</sup>Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, usted solo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

<sup>11</sup>Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos, están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, ya sean de venta libre o con receta. Si se despacha un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca y hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado, usted deberá pagar la diferencia en el precio entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Sin embargo, si un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, se otorgará el medicamento de marca sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico).

<sup>12</sup>La Lista de medicamentos esenciales con receta es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no se encuentren en la lista (anteriormente conocidos como medicamentos no incluidos en el formulario) que no estén excluidos ni limitados en la cobertura también están cubiertos. Algunos de los medicamentos que no se incluyen en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentre en la lista en el copago del Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 72 días, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información que es razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos esenciales con receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en la contraportada de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Los medicamentos genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluidos los medicamentos especializados, que tengan un equivalente genérico en el copago del Nivel II, III o IV (Medicamentos especializados) cuando se consideren médicamente necesarios.

<sup>13</sup>Los medicamentos del Nivel IV (medicamentos especializados) están identificados en la Lista de medicamentos esenciales con receta con las letras “SP”, requieren autorización previa de Health Net y es posible que se exija su despacho mediante el proveedor de especialidades farmacéuticas con cobertura.

<sup>14</sup>Los beneficios dentales para niños son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia en California y no está afiliado a Health Net. Los beneficios dentales para niños adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte el Contrato del Plan Individual y Familiar y la EOC.

<sup>15</sup>Los beneficios de servicios pediátricos de la vista son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista para niños.

## Resumen del Plan: Health Net Minimum Coverage HSP

PureCare HSP está disponible directamente a través de Health Net en los condados de Kings, Los Ángeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego y Yolo, y en partes de los condados de El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino y Santa Clara.

**EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EOC.**

Los copagos indicados a continuación son los honorarios que debe pagar por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser un cargo fijo en dólares o un porcentaje de los costos de Health Net por el servicio o suministro, acordado de antemano por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se brinda el servicio. Los copagos en porcentajes suelen facturarse después de recibir los servicios.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Máximo de por vida ilimitado. Los beneficios están sujetos a un deducible, a menos que se indique lo contrario	
<b>Máximos del plan</b> Deducible por año calendario (también se aplica a los medicamentos que requieren receta médica) <sup>2</sup>	\$7,150 individual / \$14,300 familiar
Desembolso máximo (incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario)	\$7,150 individual / \$14,300 familiar
<b>Servicios profesionales</b> Copago por visita al consultorio <sup>3</sup>	De 1 a 3 consultas: 0% (sin deducible) <sup>4</sup> / 4 visitas o más 0% (se aplica el deducible)
Visita a un especialista <sup>3</sup>	0%
Visita al consultorio de otro profesional (incluida la acupuntura médicamente necesaria) <sup>5</sup>	De 1 a 3 consultas: 0% (sin deducible) <sup>4</sup> / 4 visitas o más 0% (se aplica el deducible)
Servicios de atención preventiva <sup>3, 6</sup>	\$0 (sin deducible)
Radiografías e imágenes de diagnóstico	0%
Análisis de laboratorio	0%
Imágenes (CT, PET, MRI)	0%
Servicios de rehabilitación y habilitación	0%
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el arancel del hospital y los aranceles del médico/cirujano)	0%
<b>Servicios hospitalarios</b> Hospitalización para pacientes internados (incluida la maternidad)	0%
Cuidado de enfermería especializado	0%
<b>Servicios de emergencia</b> Servicios de la sala de emergencias (sin copagos en caso de internación)	0%: centro de atención / \$0: médico (sin deducible)
Atención de urgencia	De 1 a 3 consultas: 0% (sin deducible) <sup>4</sup> / 4 visitas o más 0% (se aplica el deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	0%
<b>Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias<sup>7</sup></b> Salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (pacientes internados)	0%
Servicios de salud mental y del comportamiento/tratamiento para el abuso de sustancias (para pacientes ambulatorios)	De 1 a 3 visitas al consultorio: 0% (sin deducible) <sup>4</sup> / 4 visitas o más al consultorio: 0% (se aplica el deducible)
<b>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</b> (100 visitas por año calendario)	0%
<b>Otros Servicios</b> Equipo médico duradero	0%
Servicio de cuidado para enfermos terminales	0%
Autoinyectables (que no sea la insulina) <sup>8</sup>	0%
<b>Cobertura de medicamentos con receta<sup>9, 10, 11, 12</sup></b> Medicamentos que requieren receta médica (suministro para hasta 30 días obtenido a través de una farmacia participante) Deducible por año calendario para medicamentos que requieren receta médica	Se integra con el deducible médico

Descripción del beneficio	Responsabilidad del afiliado <sup>1</sup>
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$0
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$0
Nivel III (solo medicamentos de marca no preferidos)	\$0
Nivel IV (medicamentos especializados) <sup>13</sup>	\$0
Atención dental para niños <sup>14</sup> Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Atención de la vista para niños <sup>15</sup> Exámenes de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

**Este es un resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.**

<sup>1</sup>Para determinados servicios, se requiere la certificación previa de Health Net. Sin la certificación previa, se aplica un monto adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener información detallada.

<sup>2</sup>Para determinados servicios y suministros conforme a este plan, incluidos los medicamentos que requieren receta médica y los servicios dentales para niños, se aplica un deducible por año calendario, que debe cumplirse antes de que estos servicios y suministros estén cubiertos. Estos servicios y suministros solamente están cubiertos en la medida que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, salvo que se haya especificado lo contrario anteriormente.

<sup>3</sup>Las visitas al consultorio para atención prenatal, posparto y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluidas las visitas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte las listas de cobertura para "servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, el copago se aplicará a los servicios no preventivos.

<sup>4</sup>Se aplica el deducible por año calendario después de las primeras 3 visitas no preventivas. Las visitas no preventivas incluyen las visitas de atención de urgencia, las visitas al consultorio de un médico, asistente médico, enfermero u otros profesionales, o las visitas posparto al consultorio.

<sup>5</sup>Incluye las visitas por acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y otras visitas al consultorio no proporcionadas por médicos de atención primaria o especializados o no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de cuidado de acupuntura de calidad y accesible.

<sup>6</sup>Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, según indicación de su médico, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y las pautas para la atención de salud preventiva en bebés, niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSa, por sus siglas en inglés). Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, que incluyen servicios de atención preventiva para el embarazo y exámenes preventivos de la vista y la audición, una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés), que cuenta con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y la opción de cualquier prueba de detección del cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Un extractor de leche y los suministros necesarios para que funcione estarán cubiertos para cada embarazo sin cargo para el afiliado. Determinaremos el tipo de equipo, ya sea para alquilar o para comprar, y el proveedor que lo proporciona.

<sup>7</sup>Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

<sup>8</sup>Los medicamentos autoinyectables (que no sean la insulina) se consideran medicamentos especializados y deben obtenerse a través de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Algunos medicamentos de especialidades requieren la autorización previa de Health Net.

<sup>9</sup>Los medicamentos contra el cáncer por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por receta individual con un suministro de hasta 30 días.

<sup>10</sup>Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, usted solo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

<sup>11</sup>Los medicamentos preventivos, incluidos los medicamentos para dejar de fumar y los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos, están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica, utilizados con fines de salud preventiva según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, ya sean de venta libre o con receta. Si se despacha un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca y hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado, usted deberá pagar la diferencia en el precio entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Sin embargo, si un medicamento preventivo o anticonceptivo femenino de marca es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, se otorgará el medicamento de marca sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los anticonceptivos implantables e inyectables, así como los dispositivos intrauterinos (DIU), están cubiertos por el beneficio médico (cuando son administrados por un médico).

<sup>12</sup>La Lista de medicamentos esenciales con receta es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Los medicamentos que no se encuentren en la lista (anteriormente conocidos como medicamentos no incluidos en el formulario) que no estén excluidos ni limitados en la cobertura también están cubiertos. Algunos de los medicamentos que no se incluyen en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentre en la lista en el copago del Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder los 72 días, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información que es razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos esenciales con receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en la contraportada de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Los medicamentos genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluidos los medicamentos especializados, que tengan un equivalente genérico en el copago del Nivel II, III o IV (Medicamentos especializados) cuando se consideren médicamente necesarios.

<sup>13</sup>Los medicamentos del Nivel IV (medicamentos especializados) están identificados en la Lista de medicamentos esenciales con receta con las letras "SP", requieren autorización previa de Health Net y es posible que se exija su despacho mediante el proveedor de especialidades farmacéuticas con cobertura.

<sup>14</sup>Los beneficios dentales para niños son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia en California y no está afiliado a Health Net. Los beneficios dentales para niños adicionales están cubiertos. Para obtener información detallada, consulte el Contrato del Plan Individual y Familiar y la EOC.

<sup>15</sup>Los beneficios de servicios pediátricos de la vista son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista para niños.

## Cómo realizar la solicitud

Para solicitar la cobertura médica, dental o de la vista con Health Net:

- Llame al **1-800-909-3447**; o
- Comuníquese con su **agente autorizado de Health Net**.

### Si usted está completando una solicitud por escrito:

- Asegúrese de elegir un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP). Encontrar un PCP es fácil con la búsqueda de médicos de Health Net. Para obtener la lista más actualizada, ingrese en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) > *ProviderSearch*. Encontrará una lista completa de nuestros médicos de la red de Planes Individuales y Familiares y puede buscar por especialidad, ciudad, condado o

el nombre del médico. También puede llamar al 1-800-909-3447 para solicitar información acerca del proveedor o contactarse con su agente autorizado de Health Net.

- Firme la solicitud y coloque la fecha. (Todas las personas mayores de 18 años que se mencionen en la solicitud deben firmar y fechar la solicitud).
- Incluya un cheque pagadero a Health Net para el pago de la prima correspondiente.
- Envíe por correo la solicitud completada y el cheque (dentro de los 30 días a partir de la fecha de la firma) a su agente autorizado de Health Net o a:

Health Net  
Individual & Family Coverage  
PO Box 1150  
Rancho Cordova, CA 95741-1150

## Información importante acerca de su cobertura médica

### ¿Quiénes son elegibles?

Para ser elegible para un Plan Individual y Familiar de Health Net, usted debe: (a) vivir en el área de servicio de Health Net CommunityCare HMO para un plan HMO o en el área de servicio de PureCare HSP para un plan HSP y (b) solicitar la inscripción durante un período de inscripción abierta o durante un período de inscripción especial según se define a continuación. Además, su cónyuge o pareja doméstica (consulte la definición en la página siguiente), si tiene menos de 65 años, y sus hijos hasta la edad de 26 años, son elegibles para inscribirse como dependientes. Las siguientes personas no son elegibles para recibir cobertura conforme a este plan: (a) personas elegibles para la inscripción en un plan grupal con cobertura mínima esencial; (b) personas de 65 años o más elegibles para beneficios de Medicare; (c) personas que están en prisión y (d) personas elegibles para Medi-Cal u otros programas estatales o federales aplicables.

La inscripción abierta se realiza desde el 1 de noviembre de 2016 hasta el 31 de enero de 2017, inclusive.

### Períodos de inscripción especial

Además del período de inscripción abierta, usted es elegible para inscribirse en este plan dentro de los 60 días posteriores a determinados eventos, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Perdió la cobertura en un plan con cobertura esencial mínima (la cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente después de la pérdida de la cobertura); no incluye la terminación voluntaria o la pérdida debido a la falta de pago de las primas.
- Perdió la cobertura médicamente necesaria conforme a Medi-Cal (no incluye la terminación voluntaria o la terminación debido a la falta de pago de las primas).
- Perdió la cobertura relacionada con el embarazo conforme a Medi-Cal (no incluye

- la terminación voluntaria o la terminación debido a la falta de pago de las primas).
- Incorporó a un dependiente o pasó a ser dependiente.
- Se determinó por mandato que reciba cobertura como dependiente debido a una orden judicial estatal o federal válida.
- Salió de prisión.
- Demuestra que su entidad emisora de cobertura de la salud infringió considerablemente la disposición material de su contrato de cobertura de salud.
- Adquirió acceso a nuevos planes de beneficios de salud como resultado de una mudanza permanente.
- Estuvo recibiendo servicios conforme a otro plan de beneficios de salud por parte de un proveedor contratado que ya no participa en ese plan de salud para cualquiera de las siguientes afecciones: (a) una afección aguda o grave, (b) una enfermedad terminal, (c) un embarazo, (d) el cuidado de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses, o (e) una cirugía u otro procedimiento autorizado como parte de un tratamiento documentado que ocurra dentro de los 180 días de la fecha de terminación del contrato o la fecha de vigencia de la cobertura para un afiliado que adquiere cobertura recientemente.
- Demuestra a Covered California™ que no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el período de inscripción inmediatamente anterior disponible porque le informaron incorrectamente que estaba cubierto por la cobertura mínima esencial.
- Es un miembro de la Fuerza de Reserva Militar de los Estados Unidos que regresa de prestar servicio o un miembro de la Guardia Nacional de California que regresa de prestar servicio, conforme al Título 32 del Código de los Estados Unidos.
- No le permitieron inscribirse en un plan de Covered California debido a acciones intencionales, inadvertidas o erróneas de Covered California.

- Es recientemente elegible o no elegible debido a un adelanto en los pagos del crédito impositivo para reducir las primas mensuales o hay un cambio en la elegibilidad por reducciones de costo compartido.

## Pareja doméstica

Una pareja doméstica es el cónyuge del suscriptor del mismo sexo si el suscriptor y el cónyuge son una pareja que cumple con todos los requisitos de la Sección 308(c) del Código de Familia de California o la pareja doméstica registrada del suscriptor que cumple con todos los requisitos de la Sección 297 o 299.2 del Código de Familia de California.

## ¿Cómo funciona la facturación mensual?

Health Net debe recibir su prima el primer día del mes de cobertura. Si la prima aumenta o cambian los beneficios o las disposiciones del contrato del plan después de la fecha de vigencia de la inscripción, se le notificará con al menos 60 días de anticipación.

Health Net le proporcionará al suscriptor un aviso sobre cualquier cambio en los beneficios, los cargos de la suscripción o las disposiciones del contrato del plan con al menos 60 días de anticipación. No hay derechos adquiridos para recibir los beneficios de este plan de salud.

## ¿Es posible dar de baja los beneficios?

Usted puede cancelar su cobertura en cualquier momento mediante el envío de un aviso por escrito a Health Net. En ese caso, la terminación será efectiva a partir del primer día del mes siguiente al que Health Net recibió su aviso escrito de cancelación de la póliza. Health Net tiene derecho a terminar su cobertura individualmente por cualquiera de los siguientes motivos:

- Usted no paga su prima a tiempo (Health Net emitirá un aviso con 30 días de anticipación sobre nuestro derecho de terminar su cobertura por la falta de pago de

las primas. El aviso con 30 días de anticipación se enviará el primer día o antes, del mes en el que se adeudan las primas y describirá el período de gracia de 30 días, que comienza después del último día de la cobertura pagada. Si no paga sus primas el primer día del mes en el que se adeudan las primas, Health Net puede terminar su cobertura después del período de gracia de 30 días).

- Usted o los miembros de su familia dejan de ser elegibles (consulte la sección “Elegibilidad”).
- Usted realiza cualquier acto o práctica que constituya fraude o cualquier declaración falsa intencional sobre un hecho sustancial en relación con los términos de este contrato. Algunos ejemplos incluyen los siguientes: dar información de elegibilidad falsa sobre usted o un dependiente, presentar una receta o indicación del médico inválida o usar de forma indebida una tarjeta de identificación de afiliado de Health Net (o dejar que otras personas la usen).

Health Net puede terminar su cobertura, así como todas las pólizas relacionadas, mediante el envío de un aviso por escrito con 90 días de anticipación. Los afiliados son responsables del pago de cualquier servicio recibido después de la terminación de la cobertura a la tasas vigente para personas no afiliadas del proveedor. Esto también se aplica a los afiliados que se encuentren hospitalizados o bajo tratamiento por una afección en curso en la fecha de terminación de la cobertura.

Si usted termina su cobertura o la de alguno de los miembros de su familia, puede solicitar la reinscripción, pero Health Net puede rechazar la inscripción a su absoluta discreción.

## **¿Se puede rescindir o cancelar la cobertura por fraude o declaración falsa intencional sobre un hecho sustancial?**

### **En qué casos Health Net puede rescindir o cancelar un contrato del plan:**

Dentro de los primeros 24 meses de cobertura, Health Net puede rescindir el contrato del plan

por cualquier acto o práctica que constituya fraude o por cualquier declaración falsa intencional sobre un hecho sustancial en la información escrita que usted haya enviado o que se haya enviado en su nombre, en o con su solicitud de inscripción.

Health Net puede cancelar el contrato de un plan por cualquier acto o práctica que constituya fraude o por cualquier declaración falsa intencional sobre un hecho sustancial en relación con los términos del contrato del plan.

Un hecho sustancial es información que, si Health Net hubiese conocido, habría ocasionado que Health Net rechazara la prestación de cobertura.

## **Cancelación del contrato del plan**

Si se cancela el contrato del plan, se le enviará un aviso de cancelación 30 días antes de la fecha de vigencia de la cancelación.

## **Rescisión del contrato del plan**

Si se rescinde el contrato del plan, Health Net no será responsable de la provisión de cobertura según el contrato del plan.

Al firmar la solicitud de inscripción, usted manifiesta que todas las respuestas son verdaderas, completas y precisas, a su leal saber y entender y que si Health Net acepta su solicitud de inscripción, esta formará parte del contrato del plan entre Health Net y usted. Al firmar la solicitud de inscripción, usted además acepta cumplir con los términos del contrato del plan.

Si después de la inscripción Health Net investiga la información de su solicitud de inscripción, Health Net debe notificarle acerca de esta investigación, los fundamentos para realizarla y ofrecerle una oportunidad de responder.

Si Health Net toma la decisión de rescindir su cobertura, dicha decisión primero se enviará para su revisión a un auditor externo independiente contratado por Health Net.

**Si se rescinde el contrato del plan, Health Net proporcionará un aviso por escrito con 30 días de anticipación antes de la fecha de vigencia de la terminación en el que:**

1. Explicará el motivo de la decisión.
2. Proporcionará la fecha de vigencia de la rescisión.
3. Aclarará que todos los afiliados cubiertos bajo su cobertura que no sean la persona para la cual se rescinde la cobertura podrán continuar recibiendo la cobertura.
4. Explicará que su prima mensual se modificará para reflejar la cantidad de afiliados que permanecen en el contrato del plan.
5. Explicará sus derechos y las opciones que tiene de acudir a Health Net o al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) si no está de acuerdo con la decisión de Health Net.
6. Incluirá un formulario de Solicitud de Revisión. Tiene 180 días desde la fecha del Aviso de Cancelación, Rescisión o no renovación para enviar el formulario de solicitud de revisión a Health Net o al Departamento de Atención Médica Administrada.

**Si se rescinde el contrato del plan:**

1. Health Net puede revocar su cobertura como si nunca hubiera existido y usted perderá los beneficios de salud, incluida la cobertura del tratamiento que ya haya recibido.
2. Health Net reembolsará todos los montos de la prima que usted haya pagado, menos cualquier gasto médico que Health Net haya pagado en su nombre y puede exigirle la devolución de cualquier monto pagado conforme al contrato del plan a partir de la fecha de cobertura original.
3. Health Net se reserva el derecho de obtener cualquier otro recurso legal como resultado de la rescisión que se ajuste a las leyes de California.

Si Health Net deniega su apelación, usted tiene derecho a solicitar asistencia al Departamento de Atención Médica Administrada de California.

## **¿Hay alguna cláusula de renovación?**

Sujeto a las disposiciones de terminación analizadas, la cobertura seguirá vigente durante cada mes en que Health Net reciba y acepte el pago previo de los aranceles. Se le notificará con 60 días de anticipación acerca de cualquier cambio en los aranceles, beneficios o las disposiciones contractuales.

## **¿Health Net coordina los beneficios?**

Health Net coordinará los beneficios para nuestros afiliados con los beneficios dentales para niños cubiertos por este plan. No hay coordinación de los beneficios de los servicios médicos en el mercado individual.

## **¿Qué es la revisión de la utilización?**

Health Net hace que la atención médica cubierta bajo nuestros Planes Individuales y Familiares esté sujeta a políticas y procedimientos que permiten un uso eficiente y prudente de los recursos y, finalmente, la mejora continua de la calidad de la atención. Health Net basa la aprobación o denegación de los servicios en los siguientes procedimientos principales:

- Evaluación de los servicios médicos para determinar la necesidad médica y el nivel de atención adecuado.
- Implementación de la administración de casos para las afecciones crónicas o a largo plazo.
- Revisión y autorización de las admisiones de pacientes hospitalizados y las remisiones a proveedores no contratados.
- Revisión del alcance de los beneficios para determinar la cobertura.

Si desea información adicional sobre el sistema de revisión de la utilización de Health Net, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-800-839-2172**.

## ¿Health Net cubre el costo de participación en los estudios clínicos?

Los costos de la atención de rutina para los pacientes con diagnóstico de cáncer u otras enfermedades o afecciones que sea de riesgo vital y que han sido aceptados en estudios clínicos de fase I, II, III o IV están cubiertos cuando estos estudios son médicamente necesarios y están recomendados por el médico tratante del afiliado y autorizados por Health Net. El médico debe determinar que la participación representa un posible beneficio significativo para el afiliado y que el estudio tiene una intención terapéutica. Para obtener más información, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura*.

## ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con Health Net?

Los afiliados que no estén conformes con la calidad de la atención recibida o que crean que les denegaron un servicio o un reclamo por error o hayan recibido o sido sujetos de una determinación adversa de beneficio pueden presentar una queja formal o una apelación. Una determinación adversa de beneficio incluye: (a) la rescisión de la cobertura, incluso si no tiene un efecto adverso sobre un beneficio particular en el momento; (b) la determinación de la elegibilidad de una persona para participar en este plan de Health Net ; (c) la determinación de que un beneficio no está cubierto; (d) una exclusión o limitación de un beneficio de otro modo cubierto en función de una exclusión por afecciones preexistentes o una exclusión relacionada con la causa de una lesión o (e) la determinación de que un beneficio es experimental, de investigación o de que no es médicamente necesario o apropiado. Además, los afiliados del plan

pueden solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada una revisión médica independiente de los servicios de cuidado de la salud en disputa, si creen que los servicios de cuidado de la salud elegibles para cobertura y pago de acuerdo con su plan de Health Net han sido indebidamente denegados, modificados o retrasados por Health Net o por uno de sus proveedores contratados.

Además, si Health Net deniega la apelación del afiliado de una denegación por falta de necesidad médica o deniega o retrasa la cobertura de un tratamiento solicitado que involucra medicamentos, dispositivos, procedimientos o terapias experimentales o de investigación, los afiliados pueden solicitar una revisión médica independiente de la decisión de Health Net al Departamento de Atención Médica Administrada, si cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos en el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura*.

Los afiliados que no estén satisfechos con los resultados del proceso de presentación de apelaciones, pueden someter el problema a un arbitraje vinculante. Health Net usa el arbitraje vinculante para resolver disputas, incluida la negligencia médica. Como condición de inscripción, los afiliados renuncian a su derecho de un juicio ante jurado para la resolución de tales disputas.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene alguna queja formal en contra de Health Net, primero debe llamar a Health Net al **1-877-609-8711** y usar nuestro proceso de presentación de quejas formales antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal que tenga que ver con una emergencia, una queja formal que Health Net no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que haya permanecido sin resolverse por más de 30 días, puede llamar al

Departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (por sus siglas en inglés, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y de las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TTY (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio web del Departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

### **¿Qué pasa si necesito una segunda opinión?**

Con el plan HSP, los afiliados de Health Net pueden ir directamente a cualquier proveedor participante de PureCare HSP, sin necesidad de una remisión.

Con el plan HMO, los afiliados de Health Net tienen derecho a solicitar una segunda opinión en los siguientes casos:

- El PCP del afiliado o un médico al que fue remitido dan un diagnóstico o recomiendan un plan de tratamiento con el que el afiliado no está satisfecho.
- El afiliado no está satisfecho con el resultado del tratamiento que ha recibido.
- Al afiliado se le diagnostica una afección o se le recomienda un plan de tratamiento para una afección, que amenaza con la pérdida de su vida, de una extremidad o de una función corporal, o bien, con provocar impedimentos sustanciales, incluida, entre otros, una afección crónica grave.
- El PCP del afiliado o un médico al que fue remitido no pueden diagnosticar su afección o los resultados de las pruebas son contradictorios.

Para obtener una copia de la política de segunda opinión de Health Net, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 1-877-609-8711.

### **¿Cuáles son los porcentajes para las primas de Health Net?**

El porcentaje en 2015 de Health Net of California para los costos de las primas por los servicios de salud pagados para los planes HMO y HSP individuales y familiares fue del 71.6%.

### **¿Cuál es la relación de las partes involucradas?**

Los grupos médicos, los médicos contratados, los hospitales, los proveedores participantes y otros proveedores de cuidado de la salud no son agentes ni empleados de Health Net. Health Net y cada uno de sus empleados no son agentes ni empleados de ningún grupo médico, médico contratado, hospital ni ningún otro proveedor de cuidado de la salud. Todas las partes son contratistas independientes y se contratan entre sí para brindarle los servicios o suministros cubiertos de su opción de cobertura. Los afiliados no son responsables de ningún acto u omisión de Health Net, de sus agentes o empleados o de los grupos médicos, proveedores participantes, médico u hospital ni de ninguna otra persona u organización con la que Health Net haya dispuesto o dispondrá la prestación de los servicios y suministros cubiertos de su plan.

### **¿Qué pasa con la continuidad de la atención al terminar el contrato de un proveedor?**

Si el contrato de Health Net con un grupo médico, proveedor participante o con otro proveedor se termina, Health Net transferirá a todo afiliado afectado a otro grupo médico contratado o proveedor participante y hará todo lo posible para asegurar la continuidad de la atención. Al menos 60 días antes de la terminación del contrato con un grupo médico, proveedor participante o con un

hospital de atención aguda al que los afiliados hayan sido asignados para recibir servicios, Health Net enviará un aviso por escrito a los afiliados afectados. Para todos los demás hospitales que terminen sus contratos con Health Net, se enviará un aviso por escrito a los afiliados afectados dentro de un plazo de cinco días a partir de la fecha de vigencia de la terminación del contrato.

Además, el afiliado puede solicitar atención continua de un proveedor cuyo contrato haya terminado si, en el momento de la terminación, el afiliado estaba recibiendo atención de dicho proveedor para lo siguiente:

- una afección aguda;
- una condición crónica grave que no exceda los doce meses a partir de la fecha de terminación del contrato;
- un embarazo (incluida la atención durante el embarazo y la atención del posparto inmediata);
- un recién nacido hasta de 36 meses de edad, que no exceda los doce meses a partir de la fecha de terminación del contrato;
- una enfermedad terminal (durante el tiempo que dure); o
- una cirugía u otro procedimiento que Health Net haya autorizado como parte de un tratamiento documentado.

Health Net puede brindar cobertura para completar los servicios de un proveedor cuyo contrato haya terminado, sujeta a los copagos aplicables y a cualquier otra exclusión y limitación de este plan y si dicho proveedor está dispuesto a aceptar los mismos términos contractuales que se aplicaban a dicho proveedor antes de la terminación de su contrato. Usted debe solicitar atención continua dentro de los 30 días a partir de la fecha de terminación del contrato del proveedor, a menos que pueda demostrar que no fue razonablemente posible realizar la solicitud dentro de dicho plazo y que realice la solicitud tan pronto como le sea razonablemente posible.

Si desea más información sobre cómo solicitar

atención continua o si desea solicitar una copia de nuestra política de continuidad de la atención, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net.

## ¿Cuáles son las enfermedades mentales graves y los trastornos emocionales graves del niño?

Enfermedad mental grave incluye esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníacodepresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno generalizado del desarrollo (como el trastorno autístico, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo de la infancia, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, incluido el autismo atípico, de acuerdo con los estándares reconocidos profesionalmente, como la edición más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* y sus actualizaciones), autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Un trastorno emocional grave del niño ocurre cuando un niño menor de 18 años padece uno o más trastornos mentales identificados en la edición más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* y sus actualizaciones, que no sea principalmente un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno del desarrollo y que tenga como consecuencia un comportamiento inapropiado para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas. Además, el niño debe cumplir con una o más de las siguientes condiciones: (a) como resultado del trastorno mental, el niño tiene problemas importantes en por lo menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, rendimiento escolar, relaciones familiares o capacidad para funcionar dentro de la comunidad y (i) el niño se encuentra en riesgo de ser separado de su hogar o ya ha sido separado de este o (ii) el trastorno mental y los problemas han estado presentes durante más de seis meses o es probable que continúen durante más de un año; (b) el niño

demuestra alguna de las siguientes condiciones: rasgos psicóticos, riesgo de suicidio o riesgo de violencia debido a un trastorno mental o (c) el niño cumple con los requisitos de elegibilidad para educación especial, según lo establece el Capítulo 26.5 (comenzando en el Artículo 7570) de la Sección 7 del Título 1 del Código de Gobierno.

## ¿Los proveedores limitan los servicios para la atención de la salud reproductiva?

**Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos conforme al *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* y que usted o uno de sus familiares podrían necesitar: planificación familiar, servicios anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia, esterilización, incluyendo ligadura de trompas al momento del parto, tratamientos para la infertilidad o aborto. Antes de inscribirse, debe obtener información adicional. Llame a su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 1-877-609-8711 para asegurarse de poder obtener los servicios de cuidado de la salud que necesita.**

## ¿Qué es el método de reembolso de proveedores?

Para sus planes HMO, Health Net utiliza incentivos financieros y distintos arreglos para compartir riesgos cuando paga a los proveedores. Para sus planes HSP, Health Net paga a los médicos participantes y otros proveedores profesionales según un sistema de pago por servicio, de acuerdo con una tasa contratada acordada. Los afiliados pueden solicitar más información sobre nuestros métodos de pago comunicándose con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net.

## ¿Cuándo y cómo Health Net paga mis facturas médicas?

Nosotros coordinaremos el pago de los servicios cubiertos cuando usted reciba atención médica de su proveedor participante o PCP o en el caso de los planes HMO, cuando su PCP lo refiera a un especialista. Tenemos contratos con estos médicos que eliminan la necesidad de presentar formularios de reclamo. Simplemente presente su tarjeta de identificación de afiliado de Health Net.

## ¿Debo ver a mi médico de atención primaria o a un proveedor participante si tengo una emergencia?

Health Net cubre la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia en todo el mundo.

**En situaciones de emergencia grave:** llame al 911 o vaya al hospital más cercano.

**Si su situación no es tan grave:** los afiliados al plan HMO deben llamar a su médico de atención primaria o grupo médico (atención médica) o al administrador (enfermedad mental o desintoxicación). Los afiliados al plan HSP deben llamar a un proveedor participante (atención médica) o al administrador (trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas).

Si no puede llamar y necesita atención médica inmediata, vaya al centro médico o al hospital más cercano.

La atención de emergencia incluye detección médica, exámenes y evaluación por parte de un médico (u otro personal hasta el punto permitido por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios clínicos) para determinar si existe una condición médica de emergencia o un parto activo y, en ese caso, la atención, el tratamiento o la cirugía necesarios para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia, dentro de las capacidades del centro. Una condición médica de emergencia es una condición médica que se manifiesta por sí misma mediante

síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) de modo que la falta de atención médica inmediata podría, de manera razonable, dar como resultado cualquiera de las situaciones siguientes: (a) poner en grave peligro la salud del paciente; (b) ocasionar un impedimento grave de las funciones corporales; o (c) producir una disfunción grave de cualquier parte u órgano del cuerpo. Parto activo es el trabajo de parto que podría, de manera razonable, ocurrir en cualquiera de las dos situaciones siguientes: (a) no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o (b) un traslado representa una amenaza para la salud y la seguridad de la afiliada o de su niño aún no nacido. La atención de emergencia también incluirá pruebas de detección, exámenes y evaluaciones adicionales por parte de un médico (u otro personal en la medida que lo permita la ley vigente y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una afección médica de emergencia psiquiátrica, así como la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar dicha afección, ya sea dentro de la capacidad del centro o mediante el traslado del afiliado a una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general de atención aguda o a un hospital psiquiátrico de atención aguda según sea médicamente necesario.

Todos los servicios de ambulancia aérea y terrestre, y los servicios de transporte en ambulancia proporcionados como resultado de una llamada al 911 estarán cubiertos, si la solicitud se realiza debido a una afección de emergencia (esto incluye enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño).

Para los planes HMO, toda la atención de seguimiento (incluidas las enfermedades mentales graves y los trastornos emocionales graves del niño) después de que la emergencia o urgencia hayan pasado y su condición sea estable, debe ser proporcionada o autorizada por su médico de atención primaria o grupo médico (atención médica) o por el administrador (enfermedad mental y dependencia de sustancias químicas), de lo contrario, Health Net no la cubrirá.

Para los planes HSP, la atención de seguimiento (incluidas las enfermedades mentales graves y los trastornos emocionales graves del niño) después de que la emergencia o urgencia hayan pasado y su condición sea estable, debe ser autorizada por Health Net (atención médica) o por el administrador (trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas) o no tendrán cobertura.

## ¿Soy responsable del pago de determinados servicios?

Nosotros somos responsables de pagarles a los proveedores participantes por los servicios cubiertos. A excepción de los copagos y deducibles, los proveedores participantes no pueden facturarle cargos que excedan nuestro pago. Usted es responsable, desde el punto de vista financiero, de: (a) los servicios fuera de las limitaciones de los beneficios que se indican en el *Contrato del Plan y la EOC* del plan y (b) los servicios no cubiertos por el Plan Individual y Familiar. El Plan Individual y Familiar no cubre lo siguiente: pago previo de los honorarios, copagos, deducibles, servicios y suministros no cubiertos por el Plan Individual y Familiar o atención que no es de emergencia prestada por un proveedor no participante.

## ¿Me pueden reembolsar por los reclamos fuera de la red?

Algunos proveedores no participantes le pedirán que pague una factura en el momento del servicio. Si tiene que pagar una factura por servicios cubiertos, envíenos una copia de la factura, la constancia de pago y el informe de la sala de emergencias o del centro de atención de urgencias para solicitar el reembolso dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio. Para los planes HMO, la cobertura de los servicios prestados por proveedores no participantes se limita a la atención de emergencia y, cuando se encuentra fuera de un radio de 30 millas de su grupo médico, a la atención de urgencia. Para los planes HSP, la cobertura de los servicios prestados por proveedores no participantes o fuera de la red se limita a la atención de emergencia y atención requerida de urgencia.

## ¿De qué manera Health Net maneja la confidencialidad y la divulgación de la información de los afiliados?

Health Net sabe que la información personal de sus registros médicos es privada. Por lo tanto, protegemos su información personal sobre la salud en todos los entornos. Como parte del formulario de solicitud o inscripción, los afiliados de Health Net firman un consentimiento de rutina para obtener o divulgar su información médica. Health Net utiliza este consentimiento para garantizar la notificación y el consentimiento de los afiliados con respecto a las necesidades de rutina actuales y futuras para el uso de la información personal sobre la salud.

Este consentimiento incluye la obtención o divulgación de todos los registros relativos al historial médico, los servicios prestados o el tratamiento brindado a todos los suscriptores y afiliados del plan con el propósito de revisar, investigar o evaluar una solicitud, un reclamo, una apelación (incluida la divulgación a una organización de revisión independiente) o una queja formal o para fines de salud preventiva o administración de la salud.

No divulgaremos su historial médico ni ninguna otra información confidencial a ninguna persona que no esté autorizada para tener esa información, como empleadores o corredores de seguros. Solo divulgaremos información si usted nos otorga un consentimiento especial por escrito. El único momento en el que divulgaremos dicha información sin su consentimiento especial será cuando debamos cumplir con alguna ley, orden judicial o citación de un tribunal. Generalmente, a Health Net se le exige cumplir medidas adicionales y requisitos de información de datos. En esos casos, protegemos su privacidad no divulgando ninguna información que identifique a nuestros afiliados.

### **Prácticas de privacidad**

Si desea obtener una descripción de cómo se puede usar y divulgar su información protegida sobre la salud y de cómo puede tener acceso a dicha información, consulte el “Aviso de Prácticas

de Privacidad” en el contrato del plan.

## ¿De qué manera Health Net aborda las nuevas tecnologías?

Las nuevas tecnologías son aquellos procedimientos, medicamentos o dispositivos que han sido desarrollados recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas o que son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos o dispositivos existentes. Las nuevas tecnologías se consideran como de investigación o experimentales durante varias etapas de un estudio clínico mientras se evalúa su seguridad y eficacia, y la tecnología logra aceptación en el marco del estándar médico de atención. Las tecnologías pueden seguir siendo consideradas de investigación o experimentales si el estudio clínico no ha demostrado seguridad o eficacia, o si no son consideradas como parte de la atención estándar por la especialidad médica correspondiente. Las tecnologías aprobadas se integran a los beneficios de Health Net.

Health Net determina si las nuevas tecnologías se deben considerar médicamente apropiadas o de investigación o experimentales, luego de una extensa revisión de la investigación médica realizada por médicos adecuadamente especializados. Health Net solicita una revisión de las nuevas tecnologías a un revisor médico experto e independiente para determinar el estado de adecuación médica, o de investigación o experimentación de una tecnología o procedimiento.

El revisor médico experto también asesora a Health Net cuando los pacientes solicitan una determinación rápida de la cobertura, cuando no existe un principio rector para ciertas tecnologías o cuando la complejidad de la afección médica de un paciente requiere la evaluación de un experto. Si Health Net modifica, deniega o retrasa la cobertura para el tratamiento que usted solicitó, basándose en que el mismo es experimental o de investigación, usted puede solicitar una revisión médica independiente de la decisión de Health Net al Departamento de Atención Médica Administrada. Consulte la “Revisión

médica independiente de quejas formales que involucran un servicio de cuidado de la salud en disputa” en el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* para obtener más información.

## ¿Cuáles son los procesos de administración de la utilización de Health Net?

La administración de la utilización es una parte importante de la administración de la atención de salud. A través de los procesos de autorización previa, revisión simultánea y retrospectiva y administración de la atención, evaluamos los servicios proporcionados a nuestros afiliados para asegurarnos de que dichos servicios sean médicamente necesarios y apropiados para el lugar y el momento. Esta supervisión ayuda a mantener los estándares de administración médica de alta calidad de Health Net.

### **Autorización previa**

Algunos servicios propuestos pueden requerir una evaluación antes de su aprobación. Para evaluar que el procedimiento sea médicamente necesario y se haya planeado para el entorno apropiado (es decir, para pacientes hospitalizados, cirugía ambulatoria, etc.), se usan criterios basados en la evidencia.

### **Revisión simultánea**

Este proceso continúa para autorizar condiciones

de pacientes hospitalizados y ciertas condiciones de pacientes ambulatorios en forma simultánea al seguimiento de la evolución de un miembro, como, por ejemplo, durante la hospitalización de un paciente internado o mientras se reciben servicios de cuidado de la salud en el hogar como paciente ambulatorio.

### **Planificación del alta**

Este elemento del proceso de revisión simultánea asegura que se planifique el alta de manera segura para el afiliado conjuntamente con las órdenes de alta del médico y que se autoricen los servicios posteriores a la hospitalización, cuando sean necesarios.

### **Revisión retrospectiva**

Este proceso de administración médica evalúa la conveniencia de los servicios médicos caso por caso, luego de que se hayan prestado los servicios. Se realiza generalmente en casos en los que se solicitó autorización previa, pero esta no se obtuvo.

### **Administración de la atención o de casos**

Los administradores de atención de enfermería brindan asistencia, educación y orientación a los afiliados (y a sus familias) para problemas importantes de salud crónicos o agudos a largo plazo. Los administradores de atención trabajan junto con los afiliados, sus médicos y los recursos comunitarios.

## Información adicional sobre los productos

### **Servicios para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas**

Los beneficios para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento (el administrador) que tiene contrato con Health Net para administrar dichos beneficios. Cuando necesite ver a un profesional en salud mental

participante, comuníquese con el administrador al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net. El administrador le ayudará a identificar a un profesional en salud mental participante, un médico independiente participante o una Asociación de Proveedores Independientes (IPA) subcontratada dentro de la red, que atiendan cerca de su domicilio particular o laboral, para que programe una cita.

Es posible que, para estar cubiertos, algunos servicios y suministros para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas requieran la autorización previa (HMO) o certificación previa (HSP) del administrador. No se requiere autorización previa (HMO) ni certificación previa (HSP) para las visitas al consultorio para pacientes ambulatorios, pero se les recomienda a los afiliados realizar un registro voluntario con el administrador.

Consulte el *Contrato del plan y la Evidencia de Cobertura* del plan individual y familiar de Health Net para obtener una descripción más completa de los servicios y suministros para tratar trastornos mentales y la dependencia de sustancias químicas, incluso aquellos que requieren la autorización previa (HMO) o certificación previa (HSP) del administrador.

## Programa de medicamentos que requieren receta médica

Health Net tiene contrato con varias farmacias importantes, incluidas farmacias que funcionan en supermercados y farmacias de propiedad privada de California. Visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) para encontrar una farmacia participante ubicada convenientemente o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 1-877-609-8711.

Se aplican exclusiones y limitaciones específicas al Programa de medicamentos que requieren receta médica. Consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* de Health Net para obtener todos los detalles. Recuerde, es posible que se apliquen límites a la cantidad, dosis y duración del tratamiento con algunos medicamentos.

### **Recetas de medicamentos de mantenimiento a través del Programa de medicamentos de compra por correo.**

Si su receta es para un medicamento de mantenimiento, usted tiene la opción de surtirla a través de nuestro conveniente programa de compra por correo.

Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que requieren receta médica y que se toman continuamente para controlar afecciones crónicas o a largo plazo por los cuales los afiliados responden de manera positiva al tratamiento con dichos medicamentos. El administrador de compras por correo solo puede despachar un suministro para hasta 90 días calendario consecutivos de un medicamento de mantenimiento cubierto y cada resurtido permitido por esa receta. Los medicamentos de mantenimiento también se pueden obtener en una farmacia CVS minorista conforme al beneficio del programa de compra por correo. Usted puede obtener un Formulario de Receta para Compra por Correo y más información, comunicándose con el Centro de Comunicación con el Cliente al 1-877-609-8711.

### **Nota**

Los narcóticos del Programa II no están cubiertos por medio de la compra por correo. Consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del Plan individual y familiar de Health Net para obtener más información.

**“Lista de medicamentos esenciales con receta” de Health Net: los medicamentos del Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo si figuran en la Lista de medicamentos esenciales) y los medicamentos del Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos, medidores de flujo espiratorio máximo, espaciadores de inhaladores, insulina y suministros para diabéticos, si figuran en la Lista de medicamentos esenciales).**

La “Lista de medicamentos esenciales con receta” de Health Net (o Formulario o la Lista) es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Dicha lista fue desarrollada para identificar los medicamentos más seguros y eficaces para los afiliados de Health Net y, al mismo tiempo, para tratar de mantener beneficios de farmacia accesibles.

Les sugerimos específicamente a todos los proveedores participantes de Health Net

y PCP y especialistas contratados por Health Net que consulten esta Lista cuando elijan medicamentos para pacientes que son afiliados de Health Net. Cuando su médico le receta medicamentos que pertenecen a la “Lista de medicamentos esenciales con receta”, usted tiene la garantía de que recibe un medicamento recetado de alta calidad y valor.

La “Lista de medicamentos esenciales con receta” se actualiza regularmente, basándose en los datos del Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics, P&T) de Health Net. Los miembros de este comité son médicos que trabajan activamente en distintas especialidades médicas y farmacéuticos clínicos. Los miembros votantes son reclutados entre los grupos médicos contratados de toda California, basándose en su experiencia, conocimiento y pericia. Además, el Comité de Farmacia y Terapéutica consulta frecuentemente a otros expertos médicos para que brinden su aporte adicional al Comité. Las actualizaciones de la “Lista de medicamentos esenciales con receta” y las pautas de uso para medicamentos se realizan a medida que se dispone de nueva información clínica y de nuevos medicamentos. Para poder mantener actualizada la Lista, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la eficacia clínica, la seguridad y el valor general del medicamento mediante lo siguiente:

- Publicaciones médicas y científicas.
- Experiencia relevante en el uso.
- Recomendaciones de médicos.

Para obtener una copia de la “Lista de medicamentos esenciales con receta” más actualizada de Health Net, visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711**.

### **Medicamentos del Nivel III**

Los medicamentos del Nivel III son medicamentos con receta de marca no preferidos que se encuentran clasificados como del Nivel III o que no figuran en la “Lista de medicamentos esenciales con receta” y que no están excluidos de la cobertura.

### **Nivel IV (medicamentos especializados)**

Los medicamentos del Nivel IV (Medicamentos especializados) son medicamentos con receta específicos que pueden tener una disponibilidad o distribución limitada en las farmacias y que pueden ser autoadministrados por vía oral o tópica, por inhalación o inyección (ya sea por vía subcutánea, intramuscular o intravenosa). Estos medicamentos requieren capacitación o supervisión clínica, pueden estar fabricados con biotecnología o tienen un alto costo, según lo establece Covered California. Los medicamentos del Nivel IV (Medicamentos especializados) están identificados en la “Lista de medicamentos esenciales con receta” con las letras “SP”. Consulte la “Lista de medicamentos esenciales con receta” de Health Net en nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) para obtener la lista de los medicamentos especializados del Nivel IV.

Todos los medicamentos del Nivel IV (Medicamentos especializados) requieren la autorización previa de Health Net y es posible que sea necesario que se despachen mediante el proveedor de especialidades farmacéuticas para que estén cubiertos. Los medicamentos del Nivel IV (Medicamentos especializados) no están disponibles para la compra por correo.

Los medicamentos autoinyectables (que no sean insulina), incluidos los medicamentos para el tratamiento de la hemofilia y las agujas y jeringas utilizadas con los medicamentos autoinyectables, se incluyen dentro de los medicamentos especializados del Nivel IV, los cuales están sujetos a autorización previa y deben obtenerse a través del proveedor de especialidades farmacéuticas contratado por Health Net. Su PCP o médico tratante coordinará la autorización y, una vez que se aprueben, el proveedor de especialidades farmacéuticas dispondrá el despacho de los medicamentos, agujas y jeringas. El Proveedor de Especialidades Farmacéuticas puede comunicarse directamente con usted para coordinar la entrega de sus medicamentos.

### ¿Qué es una autorización previa?

Algunos medicamentos del Nivel I, Nivel II y Nivel III que requieren receta médica requieren autorización previa. Esto significa que su médico debe comunicarse previamente con Health Net para proporcionarle la razón médica por la cual receta dicho medicamento. Al recibir la solicitud de su médico para una autorización previa, Health Net evaluará la información presentada y tomará una determinación basada en los criterios clínicos establecidos para el medicamento en particular. Para obtener una lista de los medicamentos que requieren autorización previa, visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Los criterios usados para la autorización previa se desarrollan y se basan en los aportes del Comité de Farmacia y Terapéutica de Health Net, así como en los de especialistas médicos expertos. Su médico puede comunicarse con Health Net para obtener las pautas de uso para medicamentos específicos.

Si Health Net deniega la autorización, usted recibirá una comunicación por escrito, incluidos los motivos específicos de la denegación. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelarla. Consulte la sección “What if I have a disagreement with Health Net?” (¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con Health Net?) anteriormente en esta guía.

### Exclusiones y limitaciones del programa de medicamentos que requieren receta médica

Los servicios o suministros excluidos en los servicios de farmacia pueden estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan. Además de las exclusiones y limitaciones detalladas a continuación, los beneficios de medicamentos que requieren receta médica están sujetos a las exclusiones y limitaciones generales del plan. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* para obtener más información.

- El suero para alergias está cubierto como un beneficio médico.
- Los medicamentos de marca que tienen equivalentes genéricos no están cubiertos sin autorización previa de Health Net.
- La cobertura para dispositivos se limita a dispositivos anticonceptivos vaginales, medidores de flujo espiratorio máximo, espaciadores de inhaladores y suministros para diabéticos. Ningún otro dispositivo estará cubierto, aun cuando sea recetado por un médico participante.
- Los medicamentos recetados para el tratamiento de la obesidad no estarán cubiertos, excepto cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida.
- Medicamentos recetados para acortar la duración de un resfrío común.
- Medicamentos experimentales (los que están rotulados con la siguiente leyenda: “Caution – Limited by Federal Law to investigational use only” [Precaución: limitado, por las leyes federales, para uso en investigaciones solamente]). Si se le niega la cobertura de un medicamento porque es experimental o de investigación, usted tendrá derecho a una revisión médica independiente. Consulte la sección “What if I have a disagreement with Health Net?” (¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con Health Net?) de este folleto para obtener más información.
- Agujas o jeringas hipodérmicas, excepto las agujas, jeringas y marcas específicas de plumas para insulina.
- Las dosis individuales de medicamentos despachados en envases plásticos, dosis unitarias o envases de papel aluminio y las dosificaciones usadas por conveniencia, según lo determinado por Health Net, están cubiertas solo cuando son médicamente necesarias o cuando el medicamento se encuentra disponible solamente en esa forma.
- Los medicamentos de compra por correo cubren un suministro para un período de 90 días calendario consecutivos. Los

medicamentos de mantenimiento también se pueden obtener en una farmacia CVS minorista conforme al beneficio del programa de compra por correo, salvo para los planes Bronze y Minimum Coverage.

- Algunos medicamentos están sujetos a limitaciones de cantidades específicas, basadas en las recomendaciones de uso de la FDA o en las pautas de uso de Health Net. Los medicamentos que se toman “según sea necesario” pueden tener un copago basado en una cantidad específica, el envase, el frasco, la ampolla, el tubo estándar o cualquier otra unidad estándar. En dicho caso, la cantidad del medicamento que se despacha puede ser inferior al suministro necesario para un período de 30 días calendario consecutivos. Si es medicamento necesario, su médico puede solicitar a Health Net una cantidad mayor.
- Los equipos y suministros médicos (incluida la insulina) que se encuentran disponibles sin receta están cubiertos cuando son recetados por un médico para el control y el tratamiento de la diabetes, para fines preventivos según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., incluidos los medicamentos para dejar de fumar o para la anticoncepción femenina, aprobados por la FDA. Cualquier otro medicamento, equipo médico o suministro que pueda comprarse sin una receta médica no está cubierto aun cuando el médico escriba una receta médica para dicho medicamento, equipo o suministro. Sin embargo, si una dosis más alta de un medicamento que requiere receta médica o de un medicamento de venta libre (Over-the-counter, OTC) se encuentra disponible solo con receta, ese medicamento de dosis más alta estará cubierto si es médicamente necesario. Si un medicamento que anteriormente se encontraba disponible con receta, pasa a ser de venta libre con la misma indicación de concentración, entonces los medicamentos que requieren receta médica que sean agentes similares y tengan efectos clínicos comparables estarán

cubiertos solo cuando sean médicamente necesarios y se obtenga una autorización previa de Health Net.

- Medicamentos que requieren receta médica surtidos en farmacias que no pertenecen a la red de farmacias de Health Net, excepto en situaciones de atención de emergencia o de urgencia.
- Los medicamentos que requieren receta médica, recetados por un médico que no es un médico afiliado ni participante, ni un especialista autorizado, no están cubiertos, excepto cuando los servicios de dicho médico hayan sido autorizados o cuando se proporcionen debido a una condición médica, enfermedad o lesión de emergencia, para la atención requerida de urgencia o de acuerdo con lo específicamente indicado.
- Reemplazo de medicamentos extraviados, robados o dañados.
- Las cantidades de suministros de recetas que excedan las recomendaciones de uso indicadas por la FDA o por Health Net no están cubiertas a menos que sean médicamente necesarias y que se obtenga una autorización previa de Health Net.
- Los medicamentos recetados para una afección o un tratamiento no contemplados por este plan no están cubiertos. Sin embargo, el plan sí cubre los medicamentos médicamente necesarios para afecciones médicas directamente relacionadas con servicios no cubiertos cuando las complicaciones exceden la atención de seguimiento de rutina (como complicaciones de riesgo vital de una cirugía cosmética).
- Los medicamentos (incluyendo los medicamentos inyectables), cuando sean médicamente necesarios para tratar la disfunción sexual, se limitan a un máximo de 8 dosis en un período de 30 días.

**Este es solo un resumen.** Para obtener una lista completa, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net.

## Programa de cuidado de acupuntura

Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de cuidado de acupuntura de calidad y accesible. Con este programa, usted puede obtener atención mediante la selección de un acupunturista contratado del *Directorio de Acupunturistas Contratados por Planes ASH*.

Los Planes ASH realizarán los arreglos para los servicios de acupuntura cubiertos para usted. Usted puede tener acceso a cualquier acupunturista contratado sin necesidad de una remisión de un médico o proveedor participante o su PCP.

Usted puede recibir los servicios de acupuntura cubiertos de cualquier acupunturista contratado y no se le exigirá que designe previamente al acupunturista contratado que le brindará los servicios de acupuntura cubiertos. Usted debe recibir los servicios de acupuntura cubiertos de un acupunturista contratado, excepto que:

- Pueda recibir servicios de acupuntura de emergencia de cualquier acupunturista, incluyendo a un acupunturista no contratado.
- Si los servicios de acupuntura cubiertos no se encuentran disponibles y accesibles para usted en el país en el que vive, usted puede obtener los servicios de acupuntura cubiertos de un acupunturista no contratado que se encuentre disponible y accesible para usted en un condado vecino solo mediante remisión de Planes ASH.

Todos los servicios cubiertos requieren la aprobación previa de los Planes ASH, excepto los enumerados a continuación:

- El examen de un paciente nuevo realizado por un acupunturista contratado y la provisión o el comienzo, durante el examen de dicho paciente nuevo, de servicios médicamente necesarios que son servicios de acupuntura cubiertos, en la medida que concuerden con los estándares profesionalmente reconocidos de la práctica.
- Servicios de acupuntura de emergencia.

## Exclusiones y limitaciones del programa de cuidado de acupuntura

Los servicios o suministros excluidos en el programa de cuidado de acupuntura podrían estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* del plan para obtener más información.

- Los servicios y dispositivos auxiliares no están cubiertos.
- Los servicios proporcionados por un acupunturista participante fuera de California no están cubiertos, exceptuando los concernientes a los servicios de acupuntura de emergencia.
- La radiología de diagnóstico, como imágenes por resonancia magnética (IRM) o termografía no está cubierta.
- Rayos X, pruebas de laboratorio y segundas opiniones sobre rayos X.
- La hipnoterapia, el entrenamiento del comportamiento, la terapia del sueño y los programas para bajar de peso no están cubiertos.
- Los programas educativos, el autocuidado no médico, el entrenamiento de autoayuda y cualquier prueba de diagnóstico relacionada no están cubiertos.
- Los servicios de acupuntura experimentales o de investigación no están cubiertos.
- Los cargos por internación hospitalaria y servicios relacionados no están cubiertos.
- Los cargos por anestesia no están cubiertos.
- Los servicios o tratamientos brindados por acupunturistas que no están contratados por Planes ASH no están cubiertos, excepto cuando se relacionan con servicios de acupuntura de emergencia.
- Solo los servicios que se encuentran dentro del alcance de la licencia de un acupunturista con licencia en California están cubiertos.

**Este es solo un resumen.** Para obtener una lista completa, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net.

## Programa de atención de la vista para niños (desde el nacimiento hasta los 18 años de edad)

Los beneficios de lentes y accesorios son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para proporcionar y administrar los beneficios de lentes y accesorios. EyeMed

Vision Care provee beneficios de lentes y accesorios a través de una red de ópticos y laboratorios de optometría. Los exámenes de la vista se proporcionan a través de su grupo médico, o bien, usted puede programar un examen de la vista a través de EyeMed Vision Care. Para encontrar un distribuidor de lentes y accesorios participante, llame al Programa Health Net Vision al 1-866-392-6058 o visite nuestro sitio web en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Servicios profesionales	Copago
Examen de la vista de rutina con dilatación	\$0 <sup>1</sup>
Examen para lentes de contacto Lentes de contacto estándar, ajuste y seguimiento	Hasta \$55
Lentes de contacto de primera calidad, ajuste y seguimiento	10% de descuento sobre el precio de venta minorista
<p><b>Limitación:</b>  <sup>1</sup>Según los estándares profesionalmente reconocidos de la práctica, este plan cubre un examen completo de la vista una vez por año calendario.</p> <p><b>Nota:</b> se ofrece un examen para lentes de contacto además del examen de la vista del afiliado. No hay un copago adicional para la visita de seguimiento para lentes de contacto después del examen de prueba inicial.</p> <p>Los beneficios no se pueden combinar con ningún descuento, oferta promocional ni cualquier otro plan de beneficios grupales. Las asignaciones son beneficios que se pueden usar una sola vez. No hay saldo restante.</p> <p>Los lentes de contacto estándar incluyen lentes de contacto blandos, esféricos y de uso diario.</p> <p>Los lentes de contacto de primera calidad incluyen lentes de contacto tóricos, bifocales, multifocales, cosméticos, de color, postoperatorios y de gas permeable.</p>	

### Lentes de contacto médicamente necesarios:

La cobertura de lentes de contacto médicamente necesarios está sujeta a la necesidad médica, a la autorización previa (HMO) o certificación previa (HSP) de parte de Health Net, y a todas las exclusiones y limitaciones aplicables.

### Exclusiones y limitaciones del programa de atención de la vista para niños

Los servicios o suministros excluidos en el programa de cuidado de la vista pueden estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* del plan para obtener más información.

- Los servicios y suministros prestados por un proveedor que no es un proveedor de cuidado de la vista participante no están cubiertos.

- Los cargos por servicios y materiales que Health Net determina que no son médicamente necesarios están excluidos. Se cubre un examen de la vista de rutina con dilatación por cada año calendario y no está sujeto a necesidad médica.
- Los lentes sin aumento (que no requieren receta médica) están excluidos.
- La cobertura de recetas para lentes de contacto está sujeta a la necesidad médica, a la autorización previa (HMO) o certificación previa (HSP) de parte de Health Net, y a todas las exclusiones y limitaciones aplicables. Cuando estén cubiertos, los lentes de contacto se proporcionarán al mismo intervalo de cobertura que los anteojos, conforme a este beneficio de la vista. Se proporcionan en lugar de marcos y lentes de anteojos.

<b>Materiales (incluidos marcos y lentes)</b>	<b>Copago</b>
<b>Marcos seleccionados por el proveedor (uno cada 12 meses)</b>	\$0
<b>Lentes de anteojos de plástico estándar (un par cada 12 meses)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares</li> <li>• Vidrio o plástico</li> </ul>	\$0
<b>Lentes y tratamientos opcionales, entre ellos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento UV</li> <li>• Matiz (de moda, en degradé y en color gris espejo)</li> <li>• Plástico estándar, protección contra las raspaduras</li> <li>• Policarbonato estándar</li> <li>• Plástico fotocromático/de transición</li> <li>• Protección antirreflejos estándar</li> <li>• Polarizados</li> <li>• Lentes progresivos estándar</li> <li>• Lentes de alto índice</li> <li>• Lentes sin línea divisoria</li> <li>• Lentes de visión intermedia</li> <li>• Lentes progresivos seleccionados o superiores</li> </ul>	\$0
<b>Lentes progresivos de primera calidad</b>	\$0
<b>Lentes de contacto seleccionados por el proveedor (en lugar de anteojos)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desechables de uso prolongado: suministro mensual o cada 2 semanas de lentes de contacto desechables, esféricos monofocales o tóricos por un período de hasta 6 meses</li> <li>• Desechables/de uso diario: suministro de hasta 3 meses de lentes de contacto desechables de uso diario, esféricos monofocales</li> <li>• Convencionales: un par de la selección de lentes de contacto designados por el proveedor</li> <li>• Médicamente necesarios<sup>2</sup></li> </ul>	\$0
<p><sup>2</sup>Los lentes de contacto se definen como médicamente necesarios si a la persona se le diagnostica una de las siguientes afecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta ametropía que excede los -10 D o +10 D en potencia de meridianos.</li> <li>• Anisometropía de 3 D en potencia de meridianos.</li> <li>• Queratocono cuando la vista del paciente no puede corregirse a 20/25 en cualquiera de los dos ojos usando anteojos estándar.</li> <li>• Mejora de visión para afiliados cuya visión se puede corregir dos líneas de mejora del cuadro de agudeza visual cuando se compara con los lentes de anteojos estándar mejor corregidos.</li> </ul>	

- Los cargos médicos y hospitalarios de cualquier tipo, los servicios de la vista brindados en un hospital y el tratamiento médico o quirúrgico de los ojos están excluidos.
- El reemplazo debido a pérdida, robo o destrucción está excluido, excepto cuando dicho reemplazo se realiza en intervalos regulares de cobertura conforme a este plan.

- Un segundo par de anteojos en lugar de los bifocales está excluido del beneficio básico. Sin embargo, los proveedores de cuidado de la vista participantes de Health Net ofrecen descuentos de hasta el 40 por ciento sobre los aranceles normales para las compras secundarias una vez que se haya agotado el beneficio inicial.

**Este es solo un resumen.** Para obtener una lista completa, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net.

## Servicios dentales pediátricos (desde el nacimiento hasta los 18 años de edad)

**No obstante, según se describe a continuación, para que cuenten con cobertura, todos los servicios siguientes deben ser prestados por el proveedor dental primario participante de Health Net que usted elija.**

Si adquirió un plan de beneficios dentales pediátricos suplementarios en el Mercado (Exchange), los beneficios dentales pediátricos cubiertos bajo este plan se pagarán primero, con el plan de beneficios dentales pediátricos suplementarios que cubren servicios no cubiertos o compartir gastos como se describen en el documento de cobertura del plan de beneficios dentales pediátricos suplementarios.

**IMPORTANTE:** si opta por recibir servicios dentales que no estén cubiertos por este plan, es posible que el proveedor dental participante le cobre su honorario habitual por dichos servicios. Antes de prestar servicios dentales no cubiertos a un paciente, el dentista debe proporcionar un plan del tratamiento al paciente que incluya todos los servicios anticipados que prestará y el costo estimado de cada uno. Si desea más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de servicios dentales de Health Net o su compañía aseguradora. Para comprender totalmente su cobertura, puede revisar detenidamente su documento *Evidencia de cobertura*.

La administración de estos diseños de planes dentales pediátricos cumple con los requisitos del plan dental pediátrico de referencia de EHB, incluyendo la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica, como se define en el beneficio para servicios dentales pediátricos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).

**Nota:** para el plan de cobertura mínima de HSP, los copagos dentales pediátricos detallados a continuación se aplican hasta alcanzar el deducible por año calendario. Una vez que se alcanza el deducible por año calendario para el plan de cobertura mínima de HSP, su copago es \$0 por los servicios cubiertos indicados para el resto del año calendario.

## Elegir un dentista

**Paso 1:** visite [www.yourdentalplan.com/healthnet](http://www.yourdentalplan.com/healthnet).

**Paso 2:** haga clic en *Find a Dentist (Buscar un dentista)* en “Links and Tools (Enlaces y herramientas)” en el menú de navegación de la derecha.

**Paso 3:** seleccione *Health Net DHMO CA ONLY*, del menú desplegable Select a Network (Seleccione una red).

**Paso 4:** seleccione el criterio para buscar un dentista: por ubicación, por nombre o por nombre de práctica dental.

**Paso 5:** ingrese los criterios de búsqueda, luego haga clic en *Submit (Entrar)* en la parte inferior de la página para ver los resultados de la búsqueda.

## Remisiones a especialistas

Durante el tratamiento, usted puede requerir los servicios de un especialista. Su dentista primario elegido nos presentará toda la documentación requerida y le recomendaremos el nombre, dirección y teléfono de un especialista que proporcionará el tratamiento requerido. Estos servicios solo estarán disponibles cuando el dentista primario elegido no pueda realizar el procedimiento dental debido a la gravedad del problema.

### **Remisiones a especialistas para atención de ortodoncia**

El dentista primario de cada afiliado es responsable de la dirección y coordinación de la atención dental completa del afiliado para recibir los beneficios. Si su dentista primario recomienda atención de ortodoncia y desea recibir beneficios por dicha atención conforme a este plan, el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net le ayudará a elegir un ortodoncista participante del directorio de ortodoncistas participantes.

### **Atención dental de emergencia**

Los servicios dentales de emergencia son procedimientos dentales que se administran en el consultorio del dentista, la clínica dental o en otro centro similar para evaluar y estabilizar las condiciones dentales de gravedad y aparición recientes acompañadas de una hemorragia excesiva, un dolor intenso o una infección aguda, que requeriría un cuidado dental inmediato razonablemente esperable.

Todos los dentistas generales elegidos proporcionan servicios dentales de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana; le recomendamos que solicite atención al dentista general que usted ha seleccionado. **Si requiere servicios dentales de emergencia, puede ir a cualquier proveedor dental, a la sala de emergencias más cercana o llamar al 911 para obtener ayuda, según sea necesario. No se requiere autorización previa para servicios dentales de emergencia.**

Código	Servicio	Copago
<b>Diagnóstico</b>		
D0120	Evaluación bucal periódica: paciente existente, limitado a 1 cada 6 meses	Sin cargo
D0140	Evaluación bucal limitada: basada en un problema	Sin cargo
D0145	Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y orientación con el cuidador principal	Sin cargo
D0150	Evaluación bucal integral: paciente nuevo o existente	Sin cargo
D0160	Evaluación bucal amplia y detallada: basada en un problema, mediante informe	Sin cargo
D0170	Nueva evaluación: limitada, basada en un problema (consulta que no es posoperatoria) hasta seis veces en un período de 3 meses y hasta un máximo de 12 en un período de 12 meses	Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o existente	Sin cargo
D0210	Rayos X intrabucales: serie completa (incluye radiografía de aleta de mordida), limitado a una cada 36 meses	Sin cargo
D0220	Rayos X intrabucales: primera película periapical, limitado a 20 periapicales cada 12 meses	Sin cargo
D0230	Rayos X intrabucales: periapical, cada película adicional, limitado a un máximo de 20 periapicales cada 12 meses	Sin cargo
D0240	Rayos X intrabucales: película oclusal, limitado a 2 cada 6 meses	Sin cargo
D0250	Extrabucal: primera película	Sin cargo
D0270	Rayos X de aleta de mordida: una sola película, limitado a una por fecha del servicio	Sin cargo
D0272	Rayos X de aleta de mordida: dos películas, limitado a una cada 6 meses	Sin cargo
D0273	Rayos X de aleta de mordida (Bitewing): tres películas	Sin cargo
D0274	Rayos X de aleta de mordida: cuatro películas, limitado a 1 serie cada 6 meses	Sin cargo
D0277	Rayos X de aleta de mordida (Bitewing) verticales: siete a ocho películas	Sin cargo
D0290	Radiografía ósea facial y craneal posterior, anterior o lateral, limitado a un máximo de 3 por fecha de servicio	Sin cargo
D0310	Sialografía	Sin cargo
D0320	Artrografía de la articulación temporomandibular: incluye la inyección, limitado a un máximo de 3 por fecha de servicio	Sin cargo
D0322	Estudio tomográfico, limitado a dos cada 12 meses	Sin cargo
D0330	Radiografía panorámica, limitado a una cada 36 meses	Sin cargo
D0340	Radiografía cefalométrica, limitado a dos cada 12 meses	Sin cargo
D0350	Primera imagen fotográfica, limitado a un máximo de 4 por fecha de servicio	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin cargo
D0470	Los moldes de diagnóstico solo podrán ser proporcionados si se cumple alguna de las condiciones anteriores	Sin cargo
D0502	Otros procedimientos para patologías orales, mediante informe	Sin cargo
D0601	Evaluación de riesgos de caries y documentación, con un resultado de riesgo bajo	Sin cargo
D0602	Evaluación de riesgos de caries y documentación, con un resultado de riesgo moderado	Sin cargo
D0603	Evaluación de riesgos de caries y documentación, con un resultado de riesgo alto	Sin cargo
D0999	Arancel de visita al consultorio por cada consulta (procedimiento de diagnóstico no especificado, mediante informe)	Sin cargo
<b>Prevención</b>		
D1110	Profilaxis: adulto, limitado a una cada 12 meses	Sin cargo
D1120	Profilaxis: niño, limitado a una cada 6 meses	Sin cargo
D1206	Barniz tópico de flúor, limitado a uno cada 6 meses	Sin cargo
D1208	Aplicación tópica de flúor, limitado a una cada 6 meses	Sin cargo
D1310	Orientación nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin cargo

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D1320	Orientación sobre la adicción al tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	Sin cargo
D1330	Instrucciones de higiene bucal	Sin cargo
D1351	Sellador: por diente, limitado a los primeros, segundos y terceros molares permanentes que ocupan la segunda posición molar	Sin cargo
D1352	Restauración preventiva de resina para pacientes con riesgo de caries moderado a alto: diente permanente, limitado a los primeros, segundos y terceros molares permanentes que ocupan la segunda posición molar	Sin cargo
D1510	Separador: fijo, unilateral, limitado a una vez por cuadrante	Sin cargo
D1515	Separador: fijo, bilateral	Sin cargo
D1520	Separador: extraíble, unilateral, limitado a una vez por cuadrante	Sin cargo
D1525	Separador: extraíble, bilateral	Sin cargo
D1550	Recementación de separador	Sin cargo
D1555	Extracción de separador fijo	Sin cargo
<b>Restauración</b>		
D2140	Amalgama: una superficie, primaria, limitado a una cada 12 meses Amalgama: una superficie, permanente, limitado a una cada 36 meses	\$25 \$25
D2150	Amalgama: dos superficies, primarias, limitado a una cada 12 meses Amalgama: dos superficies, permanentes, limitado a una cada 36 meses	\$30 \$30
D2160	Amalgama: tres superficies, primarias, limitado a una cada 12 meses Amalgama: tres superficies, permanentes, limitado a una cada 36 meses	\$40 \$40
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, primarias, limitado a una cada 12 meses Amalgama: cuatro o más superficies, permanentes, limitado a una cada 36 meses	\$45 \$45
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior primaria, limitado a uno cada 12 meses Compuesto a base de resina: una superficie, anterior permanente, limitado a uno cada 36 meses	\$30 \$30
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores primarias, limitado a uno cada 12 meses Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores permanentes, limitado a uno cada 36 meses	\$45 \$45
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores primarias, limitado a uno cada 12 meses Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores permanentes, limitado a uno cada 36 meses	\$55 \$55
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies o que involucre un ángulo incisivo (anterior) primario, limitado a uno cada 12 meses Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies o que involucre un ángulo incisivo (anterior) permanente, limitado a uno cada 36 meses	\$60 \$60
D2390	Corona con compuesto a base de resina: anterior, primaria, limitado a una cada 12 meses Corona con compuesto a base de resina: anterior, permanente, limitado a una cada 36 meses	\$50 \$50
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior, primaria, limitado a uno cada 12 meses Compuesto a base de resina: una superficie, posterior permanente, limitado a uno cada 36 meses	\$30 \$30
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores, primarias, limitado a uno cada 12 meses Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores, permanentes, limitado a uno cada 36 meses	\$40 \$40

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores, primarias, limitado a uno cada 12 meses	\$50
	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores, permanentes, limitado a uno cada 36 meses	\$50
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores, primarias, limitado a uno cada 12 meses	\$70
	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores, permanentes, limitado a uno cada 36 meses	\$70
<b>Coronas: solo restauraciones unitarias</b>		
D2710	Corona: compuesto a base de resina (indirecta), limitado a una cada 5 años	\$140
D2712	Corona: $\frac{3}{4}$ de compuesto a base de resina (indirecta), limitado a una cada 5 años	\$190
D2721	Corona: resina con metal predominantemente básico, limitado a una cada 5 años	\$300
D2740	Corona: sustrato de porcelana/cerámica, limitado a una cada 5 años	\$300
D2751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente básico, limitado a una cada 5 años	\$300
D2781	Corona: $\frac{3}{4}$ molde de metal predominantemente básico, limitado a una cada 5 años	\$300
D2783	Corona: $\frac{3}{4}$ de porcelana/cerámica, limitado a una cada 5 años	\$310
D2791	Corona: molde completo de metal predominantemente básico, limitado a una cada 5 años	\$300
D2910	Recementación de incrustaciones, recubrimientos o restauración de cobertura parcial, limitado a una cada 12 meses	\$25
D2915	Recementación de molde o espiga y muñón prefabricados	\$25
D2920	Recementación de corona	\$25
D2929	Corona de porcelana/cerámica prefabricada: diente primario, limitado a una cada 12 meses	\$95
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario, limitado a una cada 12 meses	\$65
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente, limitado a una cada 36 meses	\$75
D2932	Corona de resina prefabricada, primaria, limitado a una cada 12 meses	\$75
	Corona de resina prefabricada, permanente, limitado a una cada 36 meses	\$75
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina, primaria, limitado a una cada 12 meses	\$80
	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina, permanente, limitado a una cada 36 meses	\$80
D2940	Restauración protectora, limitado a una por diente cada 12 meses	\$25
D2950	Reconstrucción del muñón, incluido cualquier perno	\$20
D2951	Retención del perno, por diente, además de la restauración	\$25
D2952	Espiga y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente, limitado a una vez por diente independientemente de la cantidad de espigas colocadas	\$100
D2953	Cada espiga adicional fabricada indirectamente: mismo diente	\$30
D2954	Espiga y muñón prefabricados, además de la corona, limitado a una vez por diente independientemente de la cantidad de espigas colocadas	\$90
D2955	Extracción de la espiga	\$60
D2957	Cada espiga adicional prefabricada: mismo diente	\$35
D2971	Procedimientos adicionales para construir una corona nueva bajo el armazón dental parcial existente	\$35
D2980	Reparación de corona, mediante informe	\$50
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, mediante informe	\$40
<b>Endodoncia</b>		
D3110	Protección de la pulpa, directa (excluye la restauración final)	\$20

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D3120	Protección de la pulpa, indirecta (excluye la restauración final)	\$25
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluye la restauración final), limitado a una vez por diente primario	\$40
D3221	Desbridamiento de la pulpa: dientes primarios y permanentes	\$40
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis: diente permanente con desarrollo de raíz incompleto, limitado a una vez por diente permanente	\$60
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior, primario (excluye la restauración final), limitado a una vez por diente primario	\$55
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior, primario (excluye la restauración final), limitado a una vez por diente primario	\$55
D3310	Tratamiento de conducto: anterior (excluye la restauración final), limitado a una vez por diente para el tratamiento de conducto inicial	\$195
D3320	Tratamiento de conducto: bicúspide (excluye la restauración final), limitado a una vez por diente para el tratamiento de conducto inicial	\$235
D3330	Tratamiento de conducto: molar (excluye la restauración final), limitado a una vez por diente para el tratamiento de conducto inicial	\$300
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto, acceso no quirúrgico	\$50
D3332	Terapia de endodoncia incompleta: diente inoperable, fracturado o que no puede restaurarse	\$50
D3333	Reparación de la raíz interna por defectos de perforación	\$80
D3346	Retratamiento de un tratamiento de conducto previo: anterior	\$240
D3347	Retratamiento de un tratamiento de conducto previo: bicúspide	\$295
D3348	Retratamiento de un tratamiento de conducto previo: molar	\$365
D3351	Formación de ápice/recalcificación: consulta inicial, limitado a una vez por diente permanente	\$85
D3352	Formación de ápice/recalcificación: provisorio únicamente a continuación de D3351. Limitado a una vez por diente permanente	\$45
D3410	Apicectomía/cirugía perirradicular: únicamente dientes anteriores permanentes	\$240
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular: únicamente dientes bicúspide (primera raíz) permanentes	\$250
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: primeros y segundos molares permanentes, únicamente molares (primera raíz)	\$275
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional): únicamente dientes permanentes	\$110
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	\$90
D3910	Procedimiento quirúrgico para el aislamiento del diente con un dique de goma	\$30
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, mediante informe	\$100
<b>Periodoncia</b>		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: una vez por cuadrante cada 36 meses	\$150
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: una vez por cuadrante cada 36 meses	\$50
D4249	Alargamiento clínico de la corona: tejido duro	\$165
D4260	Cirugía mucogingival ósea: una vez por cuadrante cada 36 meses	\$265
D4261	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre del colgajo): uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, una vez por cuadrante cada 36 meses	\$140
D4265	Materiales biológicos que contribuyen a la regeneración de tejido blando y óseo	\$80
D4341	Eliminación del sarro y alisamiento radicular periodontales: cuatro o más dientes, una vez por cuadrante cada 24 meses	\$55
D4342	Eliminación del sarro y alisamiento radicular periodontales: de uno a tres dientes, una vez por cuadrante cada 24 meses	\$30
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales	\$40

(continúa)

<b>Código</b>	<b>Servicio</b>	<b>Copago</b>
<b>D4381</b>	Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	\$10
<b>D4910</b>	Mantenimiento periodontal, limitado a una vez por trimestre calendario	\$30
<b>D4920</b>	Cambio de vendajes no programado (realizado por alguien que no sea el dentista tratante)	\$15
<b>D4999</b>	Procedimiento periodontal no especificado, mediante informe	\$350
<b>Prostodoncia, extraíble</b>		
<b>D5110</b>	Dentadura postiza completa: maxilar, limitado a una cada 5 años a partir de una dentadura postiza completa, inmediata o sobredentadura previa	\$300
<b>D5120</b>	Dentadura postiza completa: mandibular, limitado a una cada 5 años a partir de una dentadura postiza completa, inmediata o sobredentadura previa	\$300
<b>D5130</b>	Dentadura postiza inmediata: maxilar	\$300
<b>D5140</b>	Dentadura postiza inmediata: mandibular	\$300
<b>D5211</b>	Dentadura postiza maxilar parcial: con base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales), limitado a una cada 5 años	\$300
<b>D5212</b>	Dentadura postiza mandibular parcial: con base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales), limitado a una cada 5 años	\$300
<b>D5213</b>	Dentadura postiza maxilar parcial: armazón metálico moldeado, con bases de resina para dentadura postiza (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales), limitado a una cada 5 años	\$335
<b>D5214</b>	Dentadura postiza mandibular parcial: armazón metálico moldeado, con bases de resina para dentadura postiza (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales), limitado a una cada 5 años	\$335
<b>D5410</b>	Ajuste de la dentadura postiza completa: maxilar, limitado a uno por fecha de servicio; dos cada 12 meses	\$20
<b>D5411</b>	Ajuste de la dentadura postiza completa: maxilar, limitado a uno por fecha de servicio; dos cada 12 meses	\$20
<b>D5421</b>	Ajuste de la dentadura postiza parcial: maxilar, limitado a uno por fecha de servicio; dos cada 12 meses	\$20
<b>D5422</b>	Ajuste de la dentadura postiza parcial: mandibular, limitado a uno por fecha de servicio; dos cada 12 meses	\$20
<b>D5510</b>	Reparación de la base de la dentadura postiza completa rota, limitado a una por fecha de servicio; dos cada 12 meses	\$40
<b>D5520</b>	Reemplazo de dientes faltantes o rotos: dentadura postiza completa (cada diente), limitado a un máximo de cuatro por arco, por fecha de servicio; dos por arco cada 12 meses	\$40
<b>D5610</b>	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza, limitado a una por arco por fecha de servicio; dos por arco cada 12 meses	\$40
<b>D5620</b>	Reparación del armazón moldeado, limitado a una por arco por fecha de servicio; dos por arco cada 12 meses	\$40
<b>D5630</b>	Reparación o reemplazo de ganchos rotos, limitado a un máximo de tres por fecha de servicio; dos por arco cada 12 meses	\$50
<b>D5640</b>	Reemplazo de dientes rotos: por diente, limitado a un máximo de cuatro por arco, por fecha de servicio; dos por arco cada 12 meses	\$35
<b>D5650</b>	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente, limitado a un máximo de tres por fecha de servicio; una vez por diente	\$35
<b>D5660</b>	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente, limitado a un máximo de tres por fecha de servicio; dos por arco cada 12 meses	\$60
<b>D5730</b>	Reajuste de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio), limitado a uno cada 12 meses	\$60
<b>D5731</b>	Reajuste de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio), limitado a uno cada 12 meses	\$60

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D5740	Reajuste de dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio), limitado a uno cada 12 meses	\$60
D5741	Reajuste de dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio), limitado a uno cada 12 meses	\$60
D5750	Reajuste de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio), limitado a uno cada 12 meses	\$90
D5751	Reajuste de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio), limitado a uno cada 12 meses	\$90
D5760	Reajuste de dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio), limitado a uno cada 12 meses	\$80
D5761	Reajuste de dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio), limitado a uno cada 12 meses	\$80
D5850	Acondicionamiento del tejido: maxilar, limitado a dos por prótesis cada 36 meses	\$30
D5851	Acondicionamiento del tejido: mandibular, limitado a dos por prótesis cada 36 meses	\$30
D5862	Aditamento de precisión, mediante informe	\$90
D5863	Sobredentadura, maxilar completa	\$300
D5865	Sobredentadura, maxilar completa	\$300
D5899	Procedimiento de prostodoncia extraíble no especificado, mediante informe	\$350
<b>Prótesis maxilofacial</b>		
D5911	Moldeado de impresión facial (seccional)	\$285
D5912	Moldeado de impresión facial (completo)	\$350
D5913	Prótesis nasal	\$350
D5914	Prótesis auricular	\$350
D5915	Prótesis orbital	\$350
D5916	Prótesis ocular	\$350
D5919	Prótesis facial	\$350
D5922	Prótesis nasal septal	\$350
D5923	Prótesis ocular, provisoria	\$350
D5924	Prótesis craneal	\$350
D5925	Prótesis para implante de aumento facial	\$200
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	\$200
D5928	Prótesis orbital, reemplazo	\$200
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200
D5931	Prótesis del obturador, quirúrgica	\$350
D5932	Prótesis del obturador, definitiva	\$350
D5933	Prótesis del obturador, modificación, limitado a dos cada 12 meses	\$150
D5934	Prótesis por resección mandibular con brida guía	\$350
D5935	Prótesis por resección mandibular sin brida guía	\$350
D5936	Prótesis del obturador, provisoria	\$350
D5937	Aparato para trismo (no disponible para el tratamiento de los trastornos de articulación temporomandibular, TMD)	\$85
D5951	Asistencia para la alimentación	\$135
D5952	Prótesis de asistencia del habla, pediátrica	\$350

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D5953	Prótesis de asistencia del habla, para adultos	\$350
D5954	Prótesis de aumento del paladar	\$135
D5955	Prótesis de elevación del paladar, definitiva	\$350
D5958	Prótesis de elevación del paladar, provisoria	\$350
D5959	Prótesis de elevación del paladar, modificación, limitado a dos cada 12 meses	\$145
D5960	Prótesis de asistencia del habla, modificación, limitado a dos cada 12 meses	\$145
D5982	Estent quirúrgico	\$70
D5983	Portador de radiación	\$55
D5984	Protector de radiación	\$85
D5985	Localizador de cono de radiación	\$135
D5986	Portador de gel de fluoruro	\$35
D5987	Férula para comisura	\$85
D5988	Férula quirúrgica	\$95
D5991	Portador de medicamentos tópicos	\$70
D5999	Duplicación de dentaduras postizas	\$350
<b>Servicios de implante</b>		
D6010	Implante quirúrgico del cuerpo del implante: implante intraóseo	\$350
D6040	Implante quirúrgico: implante subperióstico	\$350
D6050	Implante quirúrgico: implante transóseo	\$350
D6055	Barra de conexión: con soporte de implante o pilar	\$350
D6056	Pilar prefabricado: incluye modificación y colocación	\$135
D6057	Pilar a medida: incluye colocación	\$180
D6058	Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar	\$320
D6059	Corona de porcelana fundida con metal, con soporte de pilar (metal muy noble)	\$315
D6060	Corona de porcelana fundida con metal, con soporte de pilar (metal predominantemente básico)	\$295
D6061	Corona de porcelana fundida con metal, con soporte de pilar (metal noble)	\$300
D6062	Corona metálica moldeada, con soporte de pilar (metal muy noble)	\$315
D6063	Corona metálica moldeada, con soporte de pilar (metal predominantemente básico)	\$300
D6064	Corona metálica moldeada, con soporte de pilar (metal noble)	\$315
D6065	Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante	\$340
D6066	Corona de porcelana fundida con metal, con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble)	\$335
D6067	Corona de metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble)	\$340
D6068	Retenedor para metal predominantemente básico (FPD) de porcelana/cerámica con soporte de pilar	\$320
D6069	Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal con soporte de pilar (metal muy noble)	\$315
D6070	Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal con soporte de pilar (metal predominantemente básico)	\$290
D6071	Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal con soporte de pilar (metal noble)	\$300
D6072	Retenedor para FPD metálico moldeado con soporte de pilar (metal muy noble)	\$315
D6073	Retenedor para FPD metálico moldeado con soporte de pilar (metal predominantemente básico)	\$290
D6074	Retenedor para FPD metálico moldeado con soporte de pilar (metal noble)	\$320

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D6075	Retenedor para FPD cerámico con soporte de implante	\$335
D6076	Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble)	\$330
D6077	Retenedor para FPD metálico moldeado con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble)	\$350
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes, que incluye extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y re inserción de prótesis	\$30
D6090	Reparación de prótesis con soporte de implante, mediante informe	\$65
D6091	Reemplazo de prótesis de aditamentos de precisión (componente macho o hembra) o de semiprecisión con soporte de pilar y de implante, por aditamento	\$40
D6092	Recementación de corona con soporte de implante/pilar	\$25
D6093	Recementación de dentadura postiza parcial fija con soporte de implante/pilar	\$35
D6094	Corona con soporte de pilar (titanio)	\$295
D6095	Reparación de pilar de implante, mediante informe	\$65
D6100	Extracción de implantes, mediante informe	\$110
D6110	Dentadura postiza extraíble con soporte de implante/pilar para arco desdentado: maxilar	\$350
D6111	Dentadura postiza extraíble con soporte de implante/pilar para arco desdentado: mandibular	\$350
D6112	Dentadura postiza extraíble con soporte de implante/pilar para arco prácticamente desdentado: maxilar	\$350
D6113	Dentadura postiza extraíble con soporte de implante/pilar para arco prácticamente desdentado: mandibular	\$350
D6114	Dentadura postiza fija con soporte de implante/pilar para arco desdentado: maxilar	\$350
D6115	Dentadura postiza fija con soporte de implante/pilar para arco desdentado: mandibular	\$350
D6116	Dentadura postiza fija con soporte de implante/pilar para arco prácticamente desdentado: maxilar	\$350
D6117	Dentadura postiza fija con soporte de implante/pilar para arco prácticamente desdentado: mandibular	\$350
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, mediante informe	\$75
D6194	Corona de retención para FPD con soporte de pilar (titanio)	\$265
D6199	Procedimiento de implante no especificado, mediante informe	\$350
<b>Prótesis fija</b>		
D6211	Póntico: molde de metal predominantemente básico, limitado a uno cada 5 años	\$300
D6241	Póntico: porcelana fundida con metal predominantemente básico, limitado a uno cada 5 años	\$300
D6245	Póntico: porcelana/cerámica, limitado a uno cada 5 años	\$300
D6251	Corona: resina con metal predominantemente básico, limitado a una cada 5 años	\$300
D6721	Corona: resina con metal predominantemente básico, dentadura postiza, limitado a una cada 5 años	\$300
D6740	Corona: porcelana/cerámica, limitado a una cada 5 años	\$300
D6751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente básico, limitado a una cada 5 años	\$300
D6781	Corona: ¾ molde de metal predominantemente básico, limitado a una cada 5 años	\$300
D6783	Corona: ¾ porcelana/cerámica, limitado a una cada 5 años	\$300
D6791	Corona: molde completo de metal predominantemente básico, limitado a una cada 5 años	\$300
D6930	Recementación del puente	\$40
D6980	Reparación del puente, mediante informe	\$95

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D6999	Procedimiento de prostodoncia fijo no especificado, mediante informe	\$350
<b>Cirugía oral y maxilofacial</b>		
D7111	Extracción, remanentes coronales: diente caduco	\$40
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	\$65
D7210	Extracción quirúrgica de un diente erupcionado que requiere elevación del colgajo mucoperióstico y extracción del hueso y/o de la sección del diente	\$120
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	\$95
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente óseo	\$145
D7240	Extracción de diente impactado: completamente óseo	\$160
D7241	Extracción de diente impactado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$175
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de piezas dentales residuales (requiere incisión de tejido blando, incisión ósea y cierre)	\$80
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$280
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal	\$285
D7270	Reimplante o estabilización del diente, limitado a uno por arco independientemente del número de dientes; únicamente para dientes anteriores permanentes	\$185
D7280	Acceso quirúrgico de un diente no erupcionado	\$220
D7283	Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	\$85
D7285	Biopsia de tejido bucal: duro (hueso, diente), limitado únicamente a la extracción del espécimen; una por arco por fecha de servicio	\$180
D7286	Biopsia de tejido bucal: blando, limitado únicamente a la extracción del espécimen; hasta un máximo de 3 por fecha de servicio	\$110
D7290	Reposicionamiento quirúrgico del diente: únicamente para dientes permanentes; uno por arco para pacientes en tratamiento de ortodoncia activa	\$185
D7291	Fibrotomía transeptal/supracrestal, mediante informe, limitada a una por arco para pacientes en tratamiento de ortodoncia activa	\$80
D7310	Alveoloplastia realizada conjuntamente con extracciones: por cuadrante	\$85
D7311	Alveoloplastia realizada conjuntamente con extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$50
D7320	Alveoloplastia no realizada conjuntamente con extracciones: por cuadrante	\$120
D7321	Alveoloplastia no realizada conjuntamente con extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$65
D7340	Vestibuloplastia: extensión del arco (epitelización secundaria), limitada a una por arco cada 5 años	\$350
D7350	Vestibuloplastia: extensión del arco (incluye injertos de tejido blando, readitamento de músculo, revisión del aditamento de tejido blando y manejo del tejido hipertrófico e hiperplásico), limitada a una por arco	\$350
D7410	Extirpación de una lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$75
D7411	Extirpación de una lesión benigna mayor que 1.25 cm	\$115
D7412	Extirpación de una lesión benigna, complicada	\$175
D7413	Extirpación de una lesión maligna de hasta 1.25 cm	\$95
D7414	Extirpación de una lesión maligna mayor a 1.25 cm	\$120
D7415	Extirpación de una lesión maligna, complicada	\$255
D7440	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$105
D7441	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$185

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D7450	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$180
D7451	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$330
D7460	Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$155
D7461	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$250
D7465	Destrucción de la/s lesión/es a través de un método físico o químico, mediante informe	\$40
D7471	Extracción de exóstosis lateral (maxilar o mandibular), limitado a una por cuadrante únicamente para la extracción de exóstosis bucal o facial	\$140
D7472	Extracción de la cresta palatina, limitado a una de por vida	\$145
D7473	Extracción de cresta mandibular, limitado a una por cuadrante	\$140
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea, limitado a una por cuadrante	\$105
D7490	Resección radical maxilar o mandibular	\$350
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal, limitado a una por cuadrante, misma fecha de servicio	\$70
D7511	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal, complicado (incluye el drenaje de varios espacios faciales)	\$70
D7520	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal	\$70
D7521	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal, complicado	\$80
D7530	Extracción de un cuerpo extraño de la mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo, limitado a una por fecha de servicio	\$45
D7540	Extracción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético, limitado a una por fecha de servicio	\$75
D7550	Ostectomía parcial/secuestrectomía para la extracción de un hueso no vital, limitado a una por cuadrante por fecha de servicio	\$125
D7560	Sinusotomía maxilar para la extracción de un fragmento de diente o de un cuerpo extraño	\$235
D7610	Maxilar: reducción abierta (dientes inmovilizados, si hubiera)	\$140
D7620	Maxilar: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hubiera)	\$250
D7630	Mandíbula: reducción abierta (dientes inmovilizados, si hubiera)	\$350
D7640	Mandíbula: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hubiera)	\$350
D7650	Arco malar o cigomático: reducción abierta	\$350
D7660	Arco malar o cigomático: reducción cerrada	\$350
D7670	Alvéolo: reducción cerrada, puede incluir la estabilización de los dientes	\$170
D7671	Alvéolo: reducción abierta, puede incluir la estabilización de los dientes	\$230
D7680	Huesos faciales: reducción complicada con fijación y enfoques quirúrgicos múltiples	\$350
D7710	Maxilar: reducción abierta	\$110
D7720	Maxilar: reducción cerrada	\$180
D7730	Mandíbula: reducción abierta	\$350
D7740	Mandíbula: reducción cerrada	\$290
D7750	Arco malar o cigomático: reducción abierta	\$220
D7760	Arco malar o cigomático: reducción cerrada	\$350
D7770	Alvéolo: reducción abierta con estabilización de los dientes	\$135
D7771	Alvéolo: reducción cerrada con estabilización de los dientes	\$160
D7780	Huesos faciales: reducción complicada con fijación y enfoques quirúrgicos múltiples	\$350
D7810	Reducción abierta de la dislocación	\$350
D7820	Reducción cerrada de la dislocación	\$80

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85
D7840	Condilectomía	\$350
D7850	Discectomía quirúrgica con/sin implante	\$350
D7852	Reparación de disco	\$350
D7854	Sinovectomía	\$350
D7856	Miotomía	\$350
D7858	Reconstrucción de las articulaciones	\$350
D7860	Artrostomía	\$350
D7865	Artroplastia	\$350
D7870	Artrocentesis	\$90
D7871	Lisis y lavado no artroscópico	\$150
D7872	Artroscopia: diagnóstico, con o sin biopsia	\$350
D7873	Artroscopia, quirúrgica: lavado y lisis de adherencias	\$350
D7874	Artroscopia, quirúrgica: reposicionamiento y estabilización de disco	\$350
D7875	Artroscopia, quirúrgica: sinovectomía	\$350
D7876	Artroscopia, quirúrgica: discectomía	\$350
D7877	Artroscopia, quirúrgica: desbridamiento	\$350
D7880	Aparato ortótico oclusal, mediante informe	\$120
D7899	Tratamiento de TMD no especificado, mediante informe	\$350
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	\$35
D7911	Sutura complicada, de hasta 5 cm	\$55
D7912	Sutura complicada, superior a 5 cm	\$130
D7920	Injerto de piel (identificar defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)	\$120
D7940	Osteoplastia: para deformidades ortognáticas	\$160
D7941	Osteotomía: ramas mandibulares	\$350
D7943	Osteotomía: ramas mandibulares con injerto óseo; incluye la obtención del injerto	\$350
D7944	Osteotomía: segmentaria o subapical	\$275
D7945	Osteotomía: cuerpo de la mandíbula	\$350
D7946	Fractura de LeFort I (maxilar, total)	\$350
D7947	Fractura de LeFort I (maxilar, segmentaria)	\$350
D7948	Fractura de LeFort II o III (osteoplastia para huesos faciales por hipoplasia o retrusión del tercio medio facial): sin injerto óseo	\$350
D7949	Fractura de LeFort II o III: con injerto óseo	\$350
D7950	Injerto óseo, osteoperiostal o de cartílago de la mandíbula o huesos faciales: autógenos o no autógenos, mediante informe	\$190
D7951	Aumento sinusal con hueso o sustitutos de hueso a través de un enfoque abierto lateral	\$290
D7952	Aumento sinusal con hueso o sustitutos de hueso a través de un enfoque vertical	\$175
D7955	Reparación de defecto de tejido maxilofacial blando o duro	\$200
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía): procedimiento separado	\$120
D7963	Frenuloplastia	\$120
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco, limitado a una por arco por fecha de servicio	\$175
D7971	Extirpación de gingiva pericoronaria	\$80

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa, limitado a una por cuadrante por fecha de servicio	\$100
D7980	Sialolitomía	\$155
D7981	Extirpación de las glándulas salivales, mediante informe	\$120
D7982	Sialodocoplastia	\$215
D7983	Cierre de la fístula salival	\$140
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350
D7991	Coronoidectomía	\$345
D7995	Injerto sintético: huesos mandibulares o faciales, mediante informe	\$150
D7997	Extracción de aparatos (no realizada por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra del arco, limitado a una por arco por fecha de servicio	\$60
D7999	Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, mediante informe	\$350
<b>Ortodoncia médicamente necesaria</b>		
	<i>Caso de banda médicamente necesario</i>	
D8080	Tratamiento integral de ortodoncia para la maloclusión discapacitante en la dentición de adolescentes	\$1,000
D8210	Terapia con aparato extraíble	
D8220	Terapia con aparato fijo	
D8660	Consulta para tratamiento antes de la ortodoncia	
D8670	Consulta periódica para tratamiento de ortodoncia (como parte del contrato) maloclusión discapacitante	
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)	
D8691	Reparación de aparatos de ortodoncia	
D8692	Reemplazo de retenedor perdido o roto	
D8693	Resellado, recementación o reparación de los retenedores fijos, según sea necesario	
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado, mediante informe	
<b>Servicios generales complementarios</b>		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolores dentales: procedimiento menor	\$30
D9120	Seccionamiento de la dentadura postiza parcial fija	\$95
D9210	Anestesia local no administrada conjuntamente con procedimientos quirúrgicos, limitado a una por fecha de servicio	\$10
D9211	Anestesia de bloqueo local	\$20
D9212	Anestesia de bloqueo de división trigémino	\$60
D9215	Anestesia local	\$15
D9223	Sedación profunda/anestesia general: incremento cada 15 minutos	\$45
D9230	Analgesia con óxido nitroso	\$15
D9243	Sedación (consciente) moderada intravenosa/analgesia: incremento cada 15 minutos	\$60
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$65
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por un dentista o médico (que no es el profesional que brinda el tratamiento)	\$50
D9410	Llamado telefónico al hogar/centro de atención prolongada	\$50
D9420	Llamado telefónico al hospital o al centro quirúrgico ambulatorio	\$135

Códigos dentales de la "Terminología dental actual© de la Asociación Dental Americana (Current Dental Terminology© American Dental Association)".

## Exclusiones y limitaciones del programa de atención dental pediátrica

Los servicios o suministros excluidos del programa de atención dental pediátrica pueden estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* de su plan de beneficios para obtener más información.

- Los servicios de implante son un beneficio únicamente cuando se documentan afecciones médicas excepcionales y deben ser revisados por necesidad médica.
- Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolores dentales, limitado a uno por día, por afiliado.
- Llamado telefónico al hogar/centro de atención prolongada, uno por afiliado por fecha de servicio.
- Llamado telefónico al hospital o al centro quirúrgico ambulatorio, uno por día, por proveedor y por afiliado.
- La anestesia para afiliados menores de 19 años de edad, sedación profunda o servicios de anestesia general son cubiertos caso por caso y con autorización previa, excepto para los servicios de cirugía oral. Para los servicios de cirugía oral, no se requiere autorización previa para la sedación profunda o para los servicios de anestesia general.
- Los protectores oclusales requieren autorización previa y se utilizan cuando sean médicamente necesarios, para afiliados de 12 a 19 años de edad cuando el afiliado tiene dentición permanente.
- Los siguientes servicios, si en opinión del dentista a cargo o de Health Net no son odontológicamente necesarios, no estarán cubiertos:
  - Tratamiento para trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ), por sus siglas en inglés).
  - Servicios dentales optativos y cosméticos.
  - Cirugía oral que requiera el arreglo de fracturas o dislocaciones, cirugía ortognática y extracción, con propósitos exclusivamente de ortodoncia (no se aplica a dientes fracturados o dislocados).
  - Tratamiento de tumores malignos, quistes, neoplasmas o malformaciones congénitas.
  - Medicamentos que requieren receta médica.
  - Cargos hospitalarios de cualquier tipo.
  - Pérdida o robo de dentaduras postizas parciales o completas.
  - Cualquier procedimiento de implante.
  - Cualquier procedimiento experimental.
  - Anestesia general o sedación intravenosa/consciente, excepto lo especificado en la sección de beneficios médicos.
  - Servicios que no pueden realizarse debido a limitaciones físicas o del comportamiento del paciente.
  - Los aranceles en los que se incurra por citas canceladas o a las que no asistió (sin un aviso con 24 horas de anticipación) son responsabilidad del afiliado. Sin embargo, es posible que el copago por citas a las que no asistió no se aplique si: (1) el afiliado canceló la cita, al menos, con 24 horas de anticipación; o (2) el afiliado no asistió a la cita debido a una emergencia o a circunstancias fuera de su control.
  - Cualquier procedimiento realizado con el propósito de corregir un contorno, un contacto o una oclusión.
  - Cualquier procedimiento no descrito específicamente como un servicio cubierto.
  - Servicios que fueron prestados sin costo para el afiliado por parte del gobierno estatal o un organismo de este o un municipio, condado u otras subdivisiones.
  - El costo de metales preciosos utilizados en cualquier forma de beneficio dental.
  - Los servicios de un odontopediatra/dentista pediátrico, excepto cuando la persona cubierta no puede ser tratada por su proveedor del panel, el tratamiento de

un odontopediatra/dentista pediátrico es médicamente necesario o el proveedor de su plan es un odontopediatra/dentista pediátrico.

- Los servicios dentales pediátricos que se reciben en la sala de emergencias para afecciones que no se consideran emergencias si el suscriptor podría haber esperado de manera razonable que no se tratara de una situación de emergencia dental.

### **Beneficios de ortodoncia**

Este plan dental cubre los beneficios de ortodoncia descritos anteriormente. La ortodoncia está cubierta cuando es médicamente necesaria para prevenir enfermedades y promover la salud bucal, restaurar la salud y función de estructuras dentales, y tratar enfermedades de urgencia. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista participante.

# Exclusiones y limitaciones de los Planes Individuales y Familiares

## Exclusiones y limitaciones comunes para todos los Planes Individuales y Familiares

No se realizarán pagos conforme a los Planes Individuales y Familiares de Health Net por los gastos incurridos por cualquiera de los siguientes artículos o que sean atención de seguimiento para estos. La siguiente es solo una lista selectiva. Para obtener una lista completa, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net.

- Servicios y suministros que Health Net determina que no son médicamente necesarios, a excepción de lo establecido en las secciones “Does Health Net cover the cost of participation in clinical trials?” (¿Health Net cubre el costo de la participación en estudios clínicos?) y “What if I have a disagreement with Health Net?” (¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con Health Net?) anteriormente en esta guía.
- Servicios de ambulancia y paramédicos que no impliquen el transporte del paciente o que no cumplan con los criterios de atención de emergencia, a menos que dichos servicios sean médicamente necesarios y se haya obtenido la autorización previa (HMO) o certificación previa (HSP).
- La terapia acuática u otras terapias en el agua no están cubiertas, a excepción de los servicios de terapia acuática y otros servicios de terapia en el agua que forman parte de un plan de tratamiento de fisioterapia.
- Cuidado bajo custodia. El cuidado bajo custodia no es atención de rehabilitación y se proporciona para ayudar a un paciente a llevar a cabo las actividades de la vida diaria, tales como ayuda para caminar, acostarse y levantarse, bañarse, vestirse y alimentarse, además de la ayuda para la preparación de dietas especiales, para la supervisión de los medicamentos que generalmente son autoadministrados, pero no atención que requiera servicios de enfermería especializada de manera continua.
- Procedimientos que Health Net determina que son experimentales o de investigación, a excepción de lo establecido en las secciones “Does Health Net cover the cost of participation in clinical trials?” (¿Health Net cubre el costo de la participación en estudios clínicos?) y “What if I have a disagreement with Health Net?” (¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con Health Net?) anteriormente en esta guía.
- Los servicios o suministros proporcionados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura y los servicios o los suministros proporcionados después de que se haya terminado la cobertura de este plan no están cubiertos.
- Reembolso por servicios por los que no se requiere legalmente que el afiliado pague al proveedor o por los que el proveedor no paga ningún cargo.
- Cualquier servicio o suministro no detallado específicamente como gasto cubierto, a menos que las leyes estatales o federales exijan la cobertura.
- No están cubiertos servicios ni suministros cuya finalidad sea fecundar a una mujer. Los procedimientos excluidos incluyen, entre otros recolección, almacenamiento o compra

<sup>3</sup>Cuando se realice una mastectomía médicamente necesaria (incluida la lupectomía), se cubre una cirugía para la reconstrucción de los senos y una cirugía realizada en cualquiera de los senos para restaurar o lograr la simetría (proporciones equilibradas) en estos. Además, cuando se realiza una cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, si el objetivo de esta es cualquiera de los siguientes: mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible, a menos que la cirugía ofrezca una mejora mínima en la apariencia del afiliado.

de espermatozoides u óvulos.

- Cirugía cosmética realizada para modificar o dar nueva forma a estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia.<sup>3</sup>
- El tratamiento y los servicios para trastornos de la articulación temporomandibular están cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios, a excepción de coronas, recubrimientos, puentes y aparatos.
- Este plan sólo cubre servicios o suministros proporcionados por un hospital que funcione legalmente, un centro de enfermería especializada aprobado por Medicare u otro centro debidamente autorizado, tal como se especifica en el *Contrato del Plan y la EOC*. Cualquier institución que sea principalmente un lugar para personas de la tercera edad, una casa de reposo o cualquier institución similar, independientemente de cómo se la denomine, no es una institución elegible. Los servicios o suministros que son proporcionados por dichas instituciones no están cubiertos.
- Atención dental para personas de 19 años en adelante. Sin embargo, este plan no cubre los servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección con el mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido.
- Cirugía y servicios relacionados con el fin de corregir la mala posición o el desarrollo incorrecto de los huesos de la mandíbula superior o inferior, excepto cuando se requiera cirugía debido a un traumatismo o la existencia de tumores o neoplasmas o cuando sea médicamente necesario por cualquier otro motivo. Consulte la exclusión "Atención dental" mencionada anteriormente para obtener información con respecto a los procedimientos de paladar hendido.
- Audífonos.
- Atención de enfermería privada. Tampoco están cubiertas la atención por turnos ni ninguna parte de los servicios de la atención por turnos.
- Cualquier cirugía del ojo con el fin de corregir defectos refractivos de este, a menos que sean médicamente necesarias, recomendadas por el médico tratante del afiliado y autorizadas por Health Net.
- Lentes de contacto o correctivos (excepto lentes implantados que reemplacen los lentes orgánicos del ojo), terapia de la vista y anteojos, a excepción de lo establecido en el programa de atención dental pediátrica anteriormente en esta guía.
- Servicios para revertir la infertilidad voluntaria inducida quirúrgicamente.
- Cualquier servicio o suministro no relacionado con el diagnóstico o el tratamiento de una afección, enfermedad o lesión cubierta. Sin embargo, el plan sí cubre los servicios y suministros médicamente necesarios para afecciones médicas directamente relacionadas con servicios no cubiertos cuando las complicaciones exceden la atención de seguimiento de rutina (como complicaciones de riesgo vital de una cirugía cosmética).
- Cualquier medicamento para pacientes ambulatorios u otras sustancias despachadas o administradas en cualquier entorno, a excepción de lo específicamente estipulado en el *Contrato del plan y la EOC* del plan.
- Vacunas e inyecciones para viajes al extranjero o por motivos ocupacionales.
- Los servicios por un embarazo de madre sustituta están cubiertos cuando la madre sustituta está afiliada a Health Net. Sin embargo, cuando se obtenga un pago por la sustitución, el plan tendrá un derecho de retención sobre dicho pago para recuperar sus gastos médicos.
- Si bien este plan cubre el equipo médico duradero, no cubre los siguientes artículos: (a) equipos para hacer ejercicio; (b) equipos y suministros higiénicos (c) vendajes

- quirúrgicos que no sean los vendajes primarios aplicados por su proveedor participante, grupo médico u hospital en lesiones de la piel o incisiones quirúrgicas; (d) jacuzzis o hidromasajes; (e) aparatos de ortodoncia para tratar enfermedades dentales relacionadas con trastornos de la articulación temporomandibular (mandíbula); (f) artículos, como medias, dispositivos o aparatos ortóticos de venta libre para mejorar el rendimiento atlético o las actividades relacionadas con el deporte; y (g) aparatos ortóticos y calzado correctivo (excepto los dispositivos podiátricos para prevenir o tratar complicaciones derivadas de la diabetes).
- Artículos personales para la comodidad.
  - Suministros desechables para uso en el hogar, excepto ciertos suministros desechables para ostomía o urología. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* o su plan de beneficios para obtener más información.
  - Parto en el hogar, a menos que se hayan cumplido los criterios para la atención de emergencia.
  - Autotratamiento del médico.
  - Tratamiento por parte de familiares directos.
  - Servicios Quiroprácticos.
  - Cuidado de la salud en el hogar (limitado a 100 visitas combinadas por año calendario, máximo tres visitas por día y cuatro horas por vista).
  - Servicios o suministros que no estén autorizados por Health Net, un proveedor participante (médico), el grupo médico (médico) o el administrador (trastornos mentales o dependencia de sustancias químicas) de acuerdo con los procedimientos de Health Net.
  - Procedimientos de diagnóstico o pruebas para trastornos genéticos, excepto para el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos en el feto en casos de embarazo de alto riesgo.
  - Medicamentos que no requieren receta médica, equipos o suministros médicos que se pueden comprar sin receta (excepto cuando son recetados por un médico para el control y el tratamiento de la diabetes o para fines preventivos, según las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. o para la anticoncepción femenina, aprobados por la FDA).
  - Cuidado de los pies de rutina, a menos que sea recetado para el tratamiento de la diabetes o la enfermedad vascular periférica.
  - Los servicios para diagnosticar, evaluar o tratar la infertilidad no están cubiertos.
  - A excepción de los servicios relacionados con el tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo, todos los demás servicios que estén relacionados con o consistan en la educación y el entrenamiento, incluidos los servicios con propósitos laborales o profesionales, no están cubiertos, incluso si son proporcionados por un proveedor del cuidado de la salud con licencia del estado de California.
  - Los tratamientos que usan sangre del cordón umbilical, células madre de sangre del cordón umbilical y células madre de adultos (no incluye su recolección, preservación ni almacenamiento) debido a que dichos tratamientos se consideran experimentales o de investigación. Para obtener más información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente de una denegación de cobertura de un plan dado que se considera experimental o de investigación, consulte la sección “What if I have a disagreement with Health Net?” (¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con Health Net?) anteriormente en esta guía.
  - La cirugía bariátrica que se realiza para el tratamiento de la obesidad mórbida está cubierta cuando es médicamente necesaria, autorizada por Health Net y realizada en un Centro de Cirugía Bariátrica de Health Net por un cirujano de la red del Centro de Cirugía Bariátrica de Health Net afiliado a dicho centro. Health Net tiene una red específica de centros y cirujanos bariátricos, designados como Centros de Cirugía Bariátrica para realizar cirugía de pérdida de peso. Su médico

afiliado puede proporcionarle información sobre esta red. En el momento en que se obtenga la autorización será dirigido a un Centro de Cirugía Bariátrica designado por Health Net.

- La terapia que tiene como propósito cambiar el comportamiento, induciendo un rechazo por el comportamiento a través de la asociación con un estímulo nocivo (terapia de aversión), no está cubierta.
- La cobertura de terapia de rehabilitación se limita a los servicios médicamente necesarios proporcionados por un médico, un médico licenciado, un terapeuta ocupacional o del habla u otro proveedor contratado, que actúa dentro del alcance de su licencia, para tratar afecciones físicas o de la salud mental, un proveedor de servicios para autismo calificado (qualified autism service, QAS), un profesional de QAS o un paraprofesional de QAS para tratar el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo. La cobertura está sujeta a cualquier autorización requerida por el plan o el grupo médico del afiliado. Los servicios se deben basar en un plan de tratamiento con la autorización requerida por el plan o el grupo médico del afiliado.
- La cobertura de servicios o terapia de rehabilitación se limita a los servicios de cuidado de la salud y dispositivos que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y desempeñarse en la vida cotidiana, proporcionados por un médico afiliado, un médico licenciado, un terapeuta ocupacional o del habla u otro proveedor contratado, que actúa dentro del alcance de su licencia, para tratar afecciones físicas o de la salud mental, sujeto a cualquier autorización requerida por Health Net o su grupo médico. Los servicios se deben basar en un plan de tratamiento con la autorización requerida por Health Net o su grupo médico.
- Los siguientes tipos de tratamiento solo están cubiertos cuando son proporcionados junto con un tratamiento cubierto para un trastorno mental o para la dependencia de

sustancias químicas: (a) tratamiento para la codependencia; (b) tratamiento para el estrés psicológico; y (c) tratamiento de disfunciones conyugales o familiares. El tratamiento de los trastornos neurocognitivos que incluye el delirio, los trastornos neurocognitivos mayores y leves y sus subtipos y los trastornos del neurodesarrollo están cubiertos para los servicios médicos que sean médicamente necesarios y los síntomas psicológicos o del comportamiento que acompañan a dichas enfermedades, o para las afecciones causadas por la dependencia de sustancias químicas o el abuso de sustancias solo si son aptas para tratamiento psicoterapéutico, psiquiátrico o de dependencia de sustancias químicas o abuso de sustancias. Esta disposición no afecta la cobertura para el tratamiento médicamente necesario de cualquier afección de salud mental identificada como trastorno mental en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición*, texto revisado o por tratamiento médicamente necesario de SED o SMI identificado en la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* y sus actualizaciones. Además, Health Net cubrirá solo aquellos servicios de trastorno mental o dependencia de sustancias químicas, que son prestados por los proveedores con licencia de acuerdo con las leyes de California y que actúan dentro del alcance de dicha licencia o según lo autorizado de otro modo por las leyes de California. Este plan cubre el tratamiento médicamente necesario para todos los beneficios de salud esenciales, que incluyen los “trastornos mentales” que se describen en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición*, texto revisado.

- Los servicios que no cumplen con los estándares nacionales para la práctica profesional médica o de la salud mental, que incluye Erhard/The Forum, terapia primal, terapia bioenergética, hipnoterapia y terapia de sanación a través de cristales, no están cubiertos. Para obtener más información

sobre cómo solicitar una revisión médica independiente de una denegación de cobertura, consulte la sección “What if I have a disagreement with Health Net?” (¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con Health Net?) anteriormente en esta guía.

- La cobertura de biorretroalimentación se limita al tratamiento médicamente necesario de algunos trastornos físicos, como la incontinencia y el dolor crónico, y según lo autorizado de otro modo por el administrador.
- Evaluaciones psicológicas, excepto las que realice un psicólogo matriculado para ayudar en la planificación del tratamiento, que incluye la administración de medicamentos o aclaración del diagnóstico. También se excluye la cobertura para la puntuación de los informes automatizados basados en computadoras, a menos que la puntuación sea realizada por un proveedor calificado.
- Se excluye el tratamiento residencial que no es médicamente necesario. Las admisiones que no se consideran médicamente necesarias y no están cubiertas incluyen admisiones para entrenamientos en centros selváticos, para cuidado bajo custodia, para un cambio de situación o entorno, o como alternativa para ubicación en un hogar de crianza o en un centro de reinserción social.
- Los servicios en un hospital estatal se limitan al tratamiento o a la internación como resultado de una emergencia o de atención requerida de urgencia.
- Las consultas o los tratamientos brindados por teléfono no están cubiertos.
- Los servicios médicos, de atención de salud mental o de dependencia de sustancias químicas como condición de libertad bajo palabra o de libertad condicional y pruebas ordenadas por un tribunal se limitan a los servicios cubiertos médicamente necesarios.
- Exámenes físicos de rutina (incluidos los exámenes psicológicos o las pruebas de detección de drogas) para seguros, licencias, empleos, escuelas, campamentos u otros propósitos que no sean preventivos. Un

examen de rutina es aquel que no es dirigido por el médico ni médicamente indicado por otro motivo y se realiza con el fin de controlar la salud general de un afiliado en la ausencia de síntomas o con otro propósito que no sea preventivo. Algunos ejemplos incluyen exámenes que se realizan para obtener un empleo o exámenes que se administran a solicitud de un tercero, como una escuela, un campamento o una organización deportiva.

## **Exclusiones y limitaciones adicionales para todos los planes HSP**

- Este plan no cubre la terapia de masajes, excepto cuando dichos servicios forman parte de un plan de tratamiento de fisioterapia. Los servicios se deben basar en un plan de tratamiento con la autorización requerida por Health Net.
- Los servicios o suministros que sean prestados por un proveedor o centro no contratado solo están cubiertos cuando son autorizados por Health Net (médico), el administrador (trastornos mentales o dependencia de sustancias químicas) o cuando necesita atención de emergencia o atención requerida de urgencia.

## **Exclusiones y limitaciones adicionales para todos los planes HMO**

- Este plan no cubre la terapia de masajes, excepto cuando dichos servicios forman parte de un plan de tratamiento de fisioterapia. Los servicios se deben basar en un plan de tratamiento con la autorización requerida por Health Net.
- Los servicios o suministros que sean prestados por un proveedor o centro no contratado solo están cubiertos cuando son autorizados por su grupo médico (médico), el administrador (trastornos mentales o dependencia de sustancias químicas) o cuando necesita atención de emergencia o atención requerida de urgencia.

# Cobertura dental opcional incluida con planes HMO Plus y planes HSP Plus (a partir de los 19 años de edad)

## Beneficios y coberturas principales para atención dental con planes HMO Plus y planes HSP Plus

La cobertura dental para planes HMO Plus y planes HSP Plus es proporcionada por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. Este beneficio está incluido solo con los planes HMO Plus y planes HSP Plus.

**Importante:** si opta por recibir servicios dentales que no estén cubiertos por este plan, es posible que el proveedor dental participante le cobre su honorario habitual por dichos servicios. Antes de prestar servicios dentales no cubiertos a un paciente, el dentista debe proporcionar un plan del tratamiento al paciente que incluya todos los servicios anticipados que prestará y el costo estimado de cada uno. Si desea más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente, al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de servicios dentales de Health Net o su compañía aseguradora. Para comprender totalmente su cobertura, puede revisar detenidamente la Evidencia de Cobertura.

## Elegir un dentista

### Paso 1

Visite [www.yourdentalplan.com/healthnet](http://www.yourdentalplan.com/healthnet).

### Paso 2

Haga clic en *Find a Dentist (Buscar un dentista)* en “Links and Tools” (Enlaces y herramientas) en el menú de navegación de la derecha.

### Paso 3

Seleccione *Health Net DHMO CA ONLY*, del menú desplegable Select a Network (Seleccione una red).

### Paso 4

Seleccione el criterio para buscar un dentista: por ubicación, por nombre o por nombre de práctica dental.

### Paso 5

Ingrese los criterios de búsqueda, luego haga clic en *Submit (Entrar)* en la parte inferior de la página para ver los resultados de la búsqueda.

Puede cambiar su dentista primario una vez por mes. Los cambios de dentistas primarios antes del día 15 del mes entran en vigor el primer día del mes siguiente. Simplemente seleccione un dentista nuevo de la lista de dentistas primarios y llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-866-249-2382** con su cambio.

También ofrecemos cobertura de ortodoncia para niños y adultos. Simplemente seleccione su ortodoncista del directorio en cualquier momento durante el año.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA SE DEBEN CONSULTAR LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DEL PLAN.

### Resumen de beneficios dentales

<i>Beneficios cubiertos</i>		<i>Pago a cargo del afiliado</i>
<b>Deducibles</b>		Ninguno
<b>Máximos de por vida</b>		Ninguno
<b>Servicios profesionales, diagnóstico</b>		
D0120	Evaluación bucal periódica: paciente existente	Sin cargo
D0140	Evaluación bucal limitada: basada en un problema	Sin cargo
D0150	Evaluación bucal integral: paciente nuevo o existente	Sin cargo
D0210	Rayos X intrabucales: serie completa (incluye radiografía de aleta de mordida)	Sin cargo
D0220	Rayos X intrabucales: periapical, primera película	Sin cargo
D0230	Rayos X intrabucales: periapical, cada película adicional	Sin cargo
D0240	Rayos X intrabucales: película oclusal	Sin cargo
D0270	Rayos X de aleta de mordida (Bitewing): una sola película	Sin cargo
D0272	Rayos X de aleta de mordida (Bitewing): dos películas	Sin cargo
D0273	Rayos X de aleta de mordida (Bitewing): tres películas	Sin cargo
D0274	Rayos X de aleta de mordida (Bitewing): cuatro películas Los rayos X de aleta de mordida (Bitewing) se limitan a una serie de cuatro películas en cualquier período de 12 meses	Sin cargo
D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo
D0350	Imágenes fotográficas bucales/faciales	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin cargo
D0470	Moldes de diagnóstico	Sin cargo
D0473	Acceso al tejido, examen ordinario y examen microscópico, preparación y envío del informe escrito	Sin cargo
D0474	Acceso al tejido, examen ordinario y examen microscópico, incluyendo evaluación de los márgenes quirúrgicos para detectar la presencia de enfermedades, preparación y envío del informe escrito	Sin cargo
D0486	Acceso a muestra de biopsia por cepillado, examen microscópico, preparación y envío del informe escrito	Sin cargo
<b>Prevención</b>		
D1110	Profilaxis: inicial	\$8
D1110	Profilaxis: segundo en el mismo año calendario La profilaxis se limita a: (a) un tratamiento inicial cada 12 meses y (b) un “segundo” tratamiento cada 12 meses. Se cubrirá una profilaxis adicional si se determina que es odontológicamente necesaria de manera coherente con la práctica profesional. Por ejemplo, para los pacientes de alto riesgo, como mujeres embarazadas, afiliados que se sometan a quimioterapia para el cáncer o afiliados con enfermedades sistémicas comprometedoras, como la diabetes	\$23
D1204	Aplicación tópica de flúor, no incluye profilaxis	\$3
D1206	Barniz tópico de flúor, aplicación terapéutica para pacientes con riesgo de caries moderado a alto	\$3
D1310	Orientación nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin cargo
D1330	Instrucciones de higiene bucal	Sin cargo
D1510	Separador: fijo, unilateral	\$75

<i>Beneficios cubiertos</i>		<i>El afiliado debe pagar<sup>1</sup></i>
<b>Prevención (continúa)</b>		
D1515	Separador: fijo, bilateral	\$155
D1520	Separador: extraíble, unilateral	\$100
D1525	Separador: extraíble, bilateral	\$170
D1550	Recementación de separador	\$15
D1555	Extracción de separador fijo	\$15
<b>Restauración</b>		
D2140	Amalgama: una superficie, permanente	\$25
D2150	Amalgama: dos superficies, permanentes	\$32
D2160	Amalgama: tres superficies, permanentes	\$41
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, permanentes	\$49
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	\$35
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores	\$45
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores	\$55
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies o que involucre un ángulo incisivo (anterior)	\$65
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior (diente permanente)	\$55
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores (diente permanente)	\$70
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores (diente permanente)	\$85
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores (diente permanente)	\$85
<b>Coronas: solo restauraciones unitarias</b>		
D2710	Corona: compuesto a base de resina, indirecta	\$240 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2712	Corona: compuesto a base de resina, 3/4, indirecta	\$240 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2720	Corona: resina con metal muy noble	\$240 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2721	Corona: resina con metal predominantemente básico	\$240 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2722	Corona: resina con metal noble	\$240 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2750	Corona: porcelana fundida con metal muy noble	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2780	Corona: modelo 3/4 con metal muy noble	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble

(continúa)

<i>Beneficios cubiertos</i>		<i>El afiliado debe pagar<sup>1</sup></i>
<b>Coronas: solo restauraciones unitarias (continúa)</b>		
D2781	Corona: 3/4 metal predominantemente básico moldeado	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2782	Corona: modelo 3/4 con metal noble	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2790	Corona: modelo completo con metal muy noble	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2791	Corona: modelo completo con metal predominantemente básico	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2792	Corona: modelo completo con metal noble	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2794	Corona: titanio	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2910	Recementación de incrustaciones, recubrimientos o restauración de cobertura parcial	\$15
D2915	Recementación de molde o espiga y muñón prefabricados	\$15
D2920	Recementación de corona	\$21
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario	\$55
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente	\$65
D2940	Empaste sedante	\$20
D2950	Reconstrucción del muñón, incluido cualquier perno	\$23 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2951	Retención del perno, por diente, además de la restauración	\$20 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2952	Espiga y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente	\$100 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2953	Cada espiga adicional fabricada indirectamente: mismo diente	\$100 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D2954	Espiga y muñón prefabricados	\$60 además de la corona
D2957	Cada espiga adicional prefabricada: mismo diente	\$60
D2970	Corona temporal (diente fracturado)	Sin cargo
<b>Endodoncia</b>		
D3110	Protección de la pulpa, directa (excluye la restauración final)	\$21
D3120	Protección de la pulpa, indirecta (excluye la restauración final)	\$21
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final), extracción de la pulpa coronal de la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	\$33
D3310	Anterior (excluyendo la restauración final)	\$170
D3320	Bicúspide (excluyendo la restauración final)	\$220
D3330	Molar (excluyendo la restauración final)	\$290
D3332	Terapia de endodoncia incompleta: diente inoperable, fracturado o que no puede restaurarse	\$170

<i>Beneficios cubiertos</i>		<i>El afiliado debe pagar<sup>1</sup></i>
<b>Endodoncia (continúa)</b>		
D3346	Retratamiento de un tratamiento de conducto previo: anterior	\$185
D3347	Retratamiento de un tratamiento de conducto previo: bicúspide	\$240
D3348	Retratamiento de un tratamiento de conducto previo: molar	\$315
D3410	Apicectomía/cirugía perirradicular: anterior	\$155
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular: bicúspide (primera raíz)	\$155
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: molar, primera raíz	\$155
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$75
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	\$48
D3450	Amputación de raíz: por raíz	\$85
D3920	Hemisección (incluyendo cualquier extracción de raíz), no incluye tratamiento de conducto	\$85
<b>Periodoncia</b>		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$230
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$33
D4240	Procedimiento para colgajo gingival, incluyendo alisamiento radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$30
D4241	Procedimiento para colgajo gingival, incluyendo alisamiento radicular: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$30
D4260	Cirugía ósea (incluyendo entrada y cierre del colgajo): cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$290
D4261	Cirugía ósea (incluyendo entrada y cierre del colgajo): uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$290
D4341	Eliminación del sarro y alisamiento radicular periodontales: cuatro o más dientes, por cuadrante	\$30
D4342	Eliminación del sarro y alisamiento radicular: de uno a tres dientes, por cuadrante	\$30
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales	\$20
<b>Prostodoncia (extraíble): las dentaduras postizas reemplazadas dentro de cualquier período de cinco años no están cubiertas</b>		
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	\$405
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	\$405
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	\$420
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	\$420
D5211	Dentadura postiza maxilar parcial: a base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$290
D5212	Dentadura postiza mandibular parcial: con base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$290
D5213	Dentadura postiza maxilar parcial: armazón metálico moldeado, con bases de resina para dentadura postiza (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$385
D5214	Dentadura postiza mandibular parcial: armazón metálico moldeado, con bases de resina para dentadura postiza (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$385
D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa: maxilar	\$15
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa: mandibular	\$15
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial: maxilar	\$15
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial: mandibular	\$15
D5510	Reparación de la base de la dentadura postiza completa rota	\$45

(continúa)

<i>Beneficios cubiertos</i>		<i>El afiliado debe pagar<sup>1</sup></i>
<b>Prostodoncia (extraíble) (continúa)</b>		
D5520	Reemplazo de un diente faltante o roto: dentadura postiza completa (cada diente)	\$53
D5610	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza	\$45
D5620	Reparación del armazón moldeado	\$58
D5630	Reparación o reemplazo de ganchos rotos	\$63
D5640	Reemplazo de dientes rotos: por diente	\$53
D5650	Agregar un diente a una dentadura postiza parcial existente	\$58
D5660	Agregar un gancho a una dentadura postiza parcial existente	\$63
D5710	Volver a adaptar la base de una dentadura postiza maxilar completa	\$185
D5711	Volver a adaptar la base de una dentadura postiza mandibular completa	\$185
D5720	Volver a adaptar la base de una dentadura postiza maxilar parcial	\$185
D5721	Volver a adaptar la base de una dentadura postiza mandibular parcial	\$185
D5730	Reajuste de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	\$70
D5731	Reajuste de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	\$70
D5740	Reajuste de dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio)	\$70
D5741	Reajuste de dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio)	\$70
D5750	Reajuste de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)	\$120
D5751	Reajuste de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)	\$120
D5760	Reajuste de dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio)	\$120
D5761	Reajuste de dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio)	\$120
D5820	Dentadura postiza parcial provisoria: maxilar	\$135
D5821	Dentadura postiza parcial provisoria: mandibular	\$135
D5850	Acondicionamiento del tejido: maxilar	\$40
D5851	Acondicionamiento del tejido: mandibular	\$40
<b>Prostodoncia (fija)</b>		
D6205	Póntico: compuesto a base de resina, indirecto, excluidos los molares	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6210	Póntico: metal muy noble moldeado	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6211	Póntico: metal predominantemente básico moldeado	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6212	Póntico: metal noble moldeado	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6214	Póntico: titanio	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6240	Póntico: porcelana fundida con metal muy noble	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6241	Póntico: porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6242	Póntico: porcelana fundida con metal noble	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble

<i>Beneficios cubiertos</i>		<i>El afiliado debe pagar<sup>1</sup></i>
<b>Prostodoncia (fija) (continúa)</b>		
D6710	Corona: compuesto a base de resina, indirecto	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6750	Corona: porcelana fundida con metal muy noble	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6752	Corona: porcelana fundida con metal noble	\$305 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6780	Corona: 3/4 con metal muy noble moldeado	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6781	Corona: 3/4 metal predominantemente básico moldeado	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6782	Corona: modelo 3/4 con metal noble	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6790	Corona: modelo completo con metal muy noble	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6791	Corona: modelo completo con metal predominantemente básico	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6792	Corona: modelo completo con metal noble	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6794	Corona: titanio	\$280 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6930	Recementación de la dentadura postiza parcial fija Los puentes fijos estarán cubiertos solo cuando una dentadura postiza parcial extraíble no pueda restablecer satisfactoriamente el caso	\$23
D6970	Adición de espiga y muñón al retenedor de la dentadura postiza parcial fija, fabricados indirectamente	\$100 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6972	Espiga y muñón prefabricados, además del retenedor de la dentadura postiza parcial fija	\$60
D6973	Reconstrucción del muñón para el retenedor, incluido cualquier perno	\$23 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6976	Cada espiga adicional fabricada indirectamente: mismo diente	\$100 más el costo real del laboratorio de metal noble o muy noble
D6977	Cada espiga adicional prefabricada: mismo diente	\$60
D9120	Seccionamiento de la dentadura postiza parcial fija	Sin cargo
<b>Cirugía oral y maxilofacial</b>		
D7111	Extracción, remanentes coronales: diente caduco	\$35
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	\$35
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps), cada diente adicional	\$27

(continúa)

<i>Beneficios cubiertos</i>		<i>El afiliado debe pagar<sup>1</sup></i>
<b>Cirugía oral y maxilofacial (continúa)</b>		
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps) (extracción de raíz, raíces expuestas)	\$43
D7210	Extracción quirúrgica de un diente erupcionado que requiere elevación del colgajo mucoperióstico y extracción del hueso y/o de la sección del diente	\$50
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	\$70
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente óseo	\$105
D7240	Extracción de diente impactado: completamente óseo	\$135
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de piezas dentales residuales (procedimiento de incisión)	\$50
<b>Ortodoncia</b>		
D8090	Tratamiento integral de ortodoncia para la dentición de adultos	\$1,800
D8210	Terapia con aparato extraíble	\$115
D8220	Terapia con aparato fijo	\$220
D8670	Visitas de rutina al ortodontista	\$17
<b>Servicios generales complementarios</b>		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolores dentales: procedimiento menor	\$14 (este copago se cobra además de los copagos de servicios específicos)
<b>Otros servicios</b>		
D9930	Tratamiento de complicaciones (postoperatorio), circunstancias inusuales, mediante informe	\$11
D9951	Ajuste oclusal: limitado, por cuadrante	\$27
D9952	Ajuste oclusal: completo, por cuadrante	\$27
D9999	Citas a las que no asistió sin un aviso con 24 horas de anticipación <i>Es posible que el copago por no asistir a una cita no se aplique (a) si el afiliado canceló la cita al menos con 24 horas de anticipación; o (b) si el afiliado no asistió a la cita debido a una emergencia o circunstancias que escapan al control del afiliado</i>	\$20
D9999	Transferencia de todos los materiales con menos de un rayo X de la boca completa	Sin cargo
D9999	Transferencia de todos los materiales con un rayo X de la boca completa	Sin cargo
D9999	Arancel de la preparación operatoria (se paga por visita además de los copagos aplicables por servicios cubiertos prestados)	Sin cargo

Ocasionalmente, puede ocurrir que el dentista general considere que son necesarios los servicios de un especialista. Health Net puede ayudar al afiliado con la remisión a un especialista. Sin embargo, no hay cobertura del plan para los servicios prestados por un especialista, excepto para la atención de ortodoncia.

Códigos dentales de la Terminología dental actual© de la Asociación Dental Americana.

## Copagos

Los copagos son su parte de los costos por los servicios cubiertos y se pagan al dentista en el momento de la atención. Sus beneficios dentales no tienen deducibles ni limitaciones de beneficios máximos en dólares. Simplemente presente su tarjeta de identificación de servicios dentales de Health Net al dentista primario participante que eligió.  
¡Así de simple!

Los copagos por servicios dentales de los planes HMO Plus y planes HSP Plus.

- No se acumula para su monto de desembolso máximo anual.
- Si su plan tiene un deducible por año calendario, no está sujeto a dicho deducible.
- Si su plan tiene un deducible por año calendario, no se acumula para dicho deducible.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** los planes Plus no se encuentran disponibles en todos los condados. Consulte *Individual & Family Rate Guide* (Guía de tasas individuales y familiares) para obtener más detalles.

## Exclusiones y limitaciones principales para atención dental con planes HMO Plus y planes HSP Plus

Todos los servicios odontológicamente necesarios están cubiertos si son realizados por el dentista primario del afiliado.

Si son necesarios los servicios de un especialista dental, el afiliado será responsable de los aranceles del especialista.

- La profilaxis se limita a: (a) un tratamiento inicial cada 12 meses y (b) un tratamiento posterior cada 12 meses.
- El tratamiento con flúor se cubre dos veces en cualquier período de 12 meses.
- Los rayos X de aleta de mordida (Bitewing) se limitan a una serie de cuatro películas en cualquier período de 12 meses.

- Los rayos X de boca completa se limitan a una vez cada 36 meses o según sean necesarios, de manera coherente con las pautas profesionales de la práctica.
- Los tratamientos periodontales (raspado subgingival y alisamiento radicular) están limitados a cinco en cualquier período de 12 meses.
- El reemplazo de una restauración está cubierto solo cuando sea odontológicamente necesario.
- Los puentes fijos estarán cubiertos solo cuando uno parcial no pueda restaurar de manera satisfactoria el caso.
- El reemplazo de un puente existente está cubierto solo cuando no puede realizarse una reparación satisfactoria de este.
- Las dentaduras postizas parciales se reemplazarán según sea odontológicamente necesario, de manera coherente con las normas profesionales de la práctica.
- Las dentaduras postizas parciales superiores y/o inferiores se reemplazarán según sea odontológicamente necesario, de manera coherente con las normas profesionales de la práctica.
- Servicios que, en opinión del dentista a cargo o de Health Net, no son odontológicamente necesarios.
- Cualquier procedimiento experimental. Si se deniega un tratamiento experimental, dicha denegación puede apelarse a través del proceso de revisión médica independiente y el servicio será cubierto y proporcionado, si es necesario, conforme al proceso de revisión médica independiente.
- Cualquier procedimiento de implante.
- Cualquier procedimiento realizado con el propósito de corregir un contorno, un contacto o una oclusión.
- Cualquier procedimiento no descrito específicamente como un servicio cubierto.
- Servicios dentales optativos y cosméticos.

- Los aranceles en los que se incurra por citas canceladas o a las que no asistió (sin un aviso con 24 horas de anticipación) son responsabilidad del afiliado. Sin embargo, es posible que el copago por citas a las que no asistió no se aplique si: (a) el afiliado canceló la cita al menos con 24 horas de anticipación; o (b) el afiliado no asistió a la cita debido a una emergencia o circunstancias que escapan al control del afiliado.
- Anestesia general o sedación intravenosa/ consciente. Sin embargo, dichos servicios pueden estar cubiertos en la parte sobre servicios médicos de este plan. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* del plan para obtener más detalles.
- Cargos hospitalarios de cualquier tipo.
- Pérdida o robo de dentaduras postizas parciales o completas.
- Cirugía oral que requiera el arreglo de fracturas o dislocaciones, cirugía ortognática y extracción, con propósitos exclusivamente de ortodoncia (no se aplica a dientes fracturados o dislocados).
- Medicamentos que requieren receta médica.
- Servicios que no pueden realizarse debido a limitaciones físicas o del comportamiento del paciente.
- Tratamiento para trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).
- Tratamiento de tumores malignos, quistes, neoplasmas o malformaciones congénitas.

## Disposiciones generales del plan dental

Se le exigirá un cargo adicional por las citas a las que no asistió. Se le cobrará un cargo adicional por las citas a las que no asista sin un aviso con 24 horas de anticipación. Sin embargo, es posible que el copago por citas a las que no asistió no se aplique si: (1) el afiliado canceló la cita, al menos, con 24 horas de anticipación; o (2) el afiliado no asistió a la cita debido a una emergencia o a circunstancias fuera de su control.

## Beneficios de ortodoncia

El copago de ortodoncia cobrado por Health Net por niños de hasta 19 años de edad será de \$1,800 por caso. Se cobrará un copago de ortodoncia de \$2,000 por caso a los adultos de 20 años de edad o mayores. Este beneficio se limita a 24 meses de tratamiento de ortodoncia habitual de colocación de bandas.

## Principales exclusiones y limitaciones de ortodoncia

Health Net se reserva el derecho de limitar la cobertura a su elección de dentistas participantes.

# Cobertura de la vista incluida con planes HMO Plus y planes HSP Plus (a partir de los 19 años de edad)

## Beneficios y coberturas principales para atención de la vista con planes HMO Plus y planes HSP Plus

Proporcionados por los contratos de Health Net of California, Inc. Health Net con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para proporcionar los beneficios de servicios de la vista. Este beneficio está incluido solo con planes HMO Plus y planes HSP Plus.

Hacemos que elegir un proveedor de la vista personal le resulte más fácil. Puede seleccionar de una gran red de proveedores, que incluye optometristas, oftalmólogos y ópticos. Para obtener nombres, direcciones y números de teléfono de proveedores de cuidado de la vista participantes, inicie sesión en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) y haga clic en *ProviderSearch (Búsqueda de proveedores)*. Si necesita ayuda para elegir un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Vision al 1-866-392-6058.

Los copagos por beneficios de servicios de la vista de los planes HMO Plus y planes HSP Plus:

- No se acumula para su monto de desembolso máximo anual.
- Si su plan tiene un deducible por año calendario, no está sujeto a dicho deducible.
- Si su plan tiene un deducible por año calendario, no se acumula para dicho deducible.

## Matriz de beneficios y coberturas para atención de la vista proporcionada con planes HMO Plus y planes HSP Plus

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA SE DEBEN CONSULTAR LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DEL PLAN.

### Resumen de beneficios de la vista

<i>Beneficios cubiertos</i>	<i>Pago a cargo del afiliado</i>
<b>Deducibles</b>	Ninguno
<b>Máximos de por vida</b>	Ninguno
<b>Servicios profesionales</b> Examen con dilatación, según sea médicamente necesario	Copago de \$10
<b>Examen para lentes de contacto</b> Lentes de contacto estándar, ajuste y seguimiento	Hasta \$55
Lentes de contacto de primera calidad, ajuste y seguimiento	Usted recibe 10% de descuento sobre el precio de venta minorista
<b>Materiales</b> Marcos (una vez cada 12 meses, asignación de \$80)	Copago de \$0
Lentes de anteojos de plástico estándar (uno cada 12 meses) Monofocales	Copago de \$40
Bifocales	Copago de \$40
Trifocales	Copago de \$40
Lenticulares	Copago de \$40
Lentes progresivos estándar	Copago de \$105
Lentes progresivos de primera calidad	Copago de \$105, más el 80% del cargo, menos la asignación de \$120
Opciones de lentes (además de los lentes estándar) Protección UV	Usted recibe 20% de descuento sobre el precio de venta minorista
Matiz (liso y en degradé)	Usted recibe 20% de descuento sobre el precio de venta minorista
Plástico estándar, resistente a las raspaduras	Usted recibe 20% de descuento sobre el precio de venta minorista
Policarbonato estándar	Usted recibe 20% de descuento sobre el precio de venta minorista
Antirreflejos estándar	Usted recibe 20% de descuento sobre el precio de venta minorista
Otros accesorios y servicios	Usted recibe 20% de descuento sobre el precio de venta minorista
Lentes de contacto (cada 12 meses) (en lugar de lentes de anteojos, incluye solo el material) Lentes de contacto médicamente necesarios <sup>2</sup>	\$0
Lentes de contacto que no son médicamente necesarios Lentes de contacto convencionales (asignación de \$80)	Copago de \$0, más el 15% de descuento sobre el saldo por encima de la asignación
Lentes de contacto desechables (asignación de \$80)	Copago de \$0, más el saldo por encima de la asignación

Limitación: de acuerdo con los estándares de práctica profesionalmente reconocidos, este Plan cubre un examen de la vista completo cada 12 meses. Los beneficios no se pueden combinar con ningún descuento, oferta promocional ni cualquier otro plan de beneficios grupales. Las asignaciones son beneficios que se pueden usar una sola vez. No hay saldo restante. Se ofrece un examen para lentes de contacto además del examen de la vista del afiliado. No hay un copago adicional para la visita de seguimiento para lentes de contacto después del examen de prueba inicial.

<sup>1</sup>Los lentes de contacto se definen como médicamente necesarios si a la persona se le diagnostica una de las siguientes afecciones:

- Queratocono cuando la vista del paciente no se puede corregir a 20/40 en cualquiera de los dos ojos usando lentes de anteojos estándar.
- Alta ametropía que excede los -12 D o +9 D en un equivalente esférico.
- Anisometropía de 3 D o más.
- Pacientes cuya vista se puede corregir dos (2) líneas de mejora según el cuadro de agudeza visual cuando se compara con los lentes de anteojos estándar mejor corregidos.

### **Exámenes de la vista**

De acuerdo con los estándares de la práctica profesionalmente reconocidos, este examen incluirá un análisis de los ojos y las estructuras relacionadas para determinar la presencia de problemas de la vista u otras anomalías.

### **Marcos**

Si el examen indica la necesidad de anteojos, este plan de la vista cubrirá un marco cada 12 meses por hasta un máximo de una asignación minorista en marcos de \$80 más 20 por ciento de descuento sobre el saldo por encima de la asignación. Si el afiliado elige marcos más costosos que esta asignación, se le cobrará el 80% de la diferencia entre la asignación y el costo de venta minorista de los marcos más costosos.

### **Lentes de anteojos**

Si el examen da como resultado que se deben recetar lentes correctivos por primera vez o si una persona que usa habitualmente lentes correctivos necesita lentes nuevos, este plan de la vista cubrirá un par de lentes en el nivel de servicio que se indicó anteriormente. La cobertura se limita a lentes de plástico monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares que son médicamente necesarios para corregir la vista.

### **Lentes de contacto médicamente necesarios**

La cobertura de lentes de contacto médicamente necesarios está sujeta a la necesidad médica, a la autorización previa por parte de Health Net y a todas las exclusiones y limitaciones aplicables.

### **Lentes de contacto convencionales o desechables que no son médicamente necesarios**

Los lentes de contacto convencionales o desechables que no son médicamente necesarios están cubiertos hasta una asignación minorista máxima de \$80. Cuando estén cubiertos, se proveerán lentes de contacto que no sean médicamente necesarios en lugar de lentes de anteojos y se proporcionarán al mismo intervalo que estos. Si el afiliado elige lentes de contacto que son más costosos que esta asignación, el afiliado será responsable de los cargos del proveedor que excedan dicha asignación como se indica anteriormente.

### **Segundo par**

Los proveedores de cuidado de la vista participantes ofrecen descuentos de hasta el 40 por ciento sobre los aranceles normales para las compras secundarias una vez que se haya agotado el beneficio inicial.

### **Exclusiones y limitaciones principales para beneficios de la vista con planes HMO Plus y planes HSP Plus de Health Net**

Los siguientes servicios y gastos de la vista no están cubiertos por los planes HMO Plus y los planes HSP Plus.

- Cobertura limitada a la atención recibida por parte de proveedores de la vista participantes.
- Servicios y materiales adicionales que no son médicamente necesarios. Los cargos por servicios y materiales están excluidos si Health Net determina que estos: (1) exceden las asignaciones para marcos, lentes y lentes de contacto indicadas en el Resumen de Beneficios de Cuidado de la Vista; o (2) servicios que no sean médicamente necesarios por cualquier otro motivo.
- Lentes de contacto médicamente necesarios. La cobertura de recetas para lentes de contacto está sujeta a la necesidad médica, a la autorización previa por parte de Health Net y a todas las exclusiones y limitaciones aplicables. Cuando estén cubiertos, los lentes de contacto se proporcionarán al mismo intervalo de cobertura que los anteojos, conforme a este plan de la vista. Esta cobertura se proporciona en lugar de marcos y lentes de anteojos.
- Lentes de contacto que no son médicamente necesarios. Las recetas para lentes de contacto que no son médicamente necesarios están cubiertas hasta la asignación máxima sobre el precio de venta minorista para el beneficio de lentes de contacto indicado anteriormente. Esta cobertura se proporciona en lugar de lentes de anteojos y al mismo intervalo que estos. La asignación se aplica a todos los costos relacionados con la obtención de lentes de contacto. Si el afiliado elige lentes de contacto que son más

costosos que esta asignación, el afiliado será responsable de los cargos del proveedor que excedan dicha asignación.

- Cargos médicos y hospitalarios. Los cargos médicos y hospitalarios de cualquier tipo, los servicios de la vista brindados en un hospital y el tratamiento médico o quirúrgico de los ojos están excluidos.
- El reemplazo debido a pérdida, robo o destrucción está excluido, excepto cuando dicho reemplazo se realiza en intervalos regulares de cobertura conforme a este plan de la vista.

- Ortóptica, entrenamiento de la vista y cualquier examen relacionado, aparatos para la vista subnormal y lentes planos (sin receta).
- Un segundo par de anteojos en lugar de los bifocales está excluido.

Consulte el *Contrato del plan y la Evidencia de Cobertura* para obtener una lista completa de las exclusiones y limitaciones.

Además de los requisitos de no discriminación del Estado de California (según lo descrito en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. (Health Net) cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Net tampoco excluye a personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Health Net brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-800-522-0088 (TTY: 711)**.

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna otra manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja formal por correo: Health Net of California, Inc., PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348; por fax: 1-877-831-6019; o en línea: [healthnet.com](http://healthnet.com).

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que dicha oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (línea TDD: 1-800-537-7697).

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

### English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call 1-800-522-0088 (TTY: 711). If you bought coverage through the California marketplace call 1-888-926-4988 (TTY: 711). For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

### Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية أو اتصل على مركز الاتصال التجاري في 1-800-522-0088 (TTY: 711). في حال قمت بشراء التغطية من سوق كاليفورنيا، اتصل على الرقم 1-888-926-4988 (TTY: 711) وللحصول على المساعدة: في حال كنت مسجلاً في بوليصة تأمين المنظمة المزودة المفضلة PPO أو المنظمة المزودة الحصرية EPO من شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، اتصل على قسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. في حال كنت مسجلاً في منظمة المحافظة على الصحة HMO أو خطة التوفير الصحية HSP من شركة Health Net of California, Inc.، اتصل على خط المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

### Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Եթե ապահովագրում եք գնել Կալիֆորնիայի շուկայական հրապարակի միջոցով, զանգահարեք 1-888-926-4988 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար, եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, զանգահարեք DMHC օգնության գիծ՝ 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով:

### Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。如果您透過加州健康保險交易市場購買承保，請致電 1-888-926-4988 (TTY: 711)。如需進一步協助：如果您透過 Health Net Life Insurance Company 投保 PPO 或 EPO 保單，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。如果您透過 Health Net of California, Inc. 投保 HMO 或 HSP 計畫，請致電 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

### Hindi

बिना लागत वाली भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। यदि आपने कैलिफोर्निया मार्केट प्लैस के माध्यम से कवरेज खरीदा है तो 1-888-926-4988 (TTY: 711) पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए: यदि आप Health Net Life Insurance Company पीपीओ PPO या ईपीओ EPO बीमा पॉलिसी में नामांकित हैं, तो कैलिफोर्निया बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। यदि आप Health Net of California, Inc. के एचएमओ HMO या एचएसपी HSP प्लैन में नामांकित हैं, तो डीएमएसडी DMHC हेल्पलाइन के 1-888-HMO-2219 पर कॉल करें।

**Hmong**

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev nyob rau hauv koj daim ID card los yog hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711). Yog tias koj yuav kev pov hwm ntawm California marketplace hu 1-888-926-4988 (TTY: 711). Xav tau kev pab ntxiv: Yog koj tau tsab ntawv tuav pov hwm PPO los yog EPO los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu mus rau CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Yog koj tau txoj kev pab kho mob HMO los yog HSP los ntawm Health Net of California, Inc., hu mus rau DMHC tus xov tooj pab Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

**Japanese**

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088、(TTY: 711)までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイス（保険購入サイト）を通じて保険を購入された方は、1-888-926-4988 (TTY: 711) までお電話ください。さらに援助が必要な場合: Health Net Life Insurance CompanyのPPOまたはEPO保険ポリシーに加入されている方は、カリフォルニア州保険局 1-800-927-4357 まで電話でお問い合わせください。Health Net of California, Inc.のHMOまたはHSPに加入されている方は、DMHCヘルプライン 1-888-HMO-2219 まで電話でお問い合わせください。

**Khmer**

សេវាកម្មសេរីដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ បើសិនអ្នកបានទិញការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ ទីផ្សារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711)។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ៖ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងជីវិត Health Net Life Insurance Company សូមទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង CA តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-927-4357។ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ HMO ឬ HSP ពីក្រុមហ៊ុន Health Net of California, Inc. នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទាក់ទងលេខទូរសព្ទជំនួយ DMHC ៖ 1-888-HMO-2219។

**Korean**

무료 언어 서비스, 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 1-800-522-0088 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스를 통해 보험을 구입하셨으면 1-888-926-4988 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 추가 도움이 필요하시면, Health Net Life Insurance Company의 PPO 또는 EPO 보험에 가입되어 있으시면 캘리포니아 주 보험국에 1-800-927-4357번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowot nínizingo naaltsoos bee néiho'dólinígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhíjí béeso ách'áááh naaniilí ats'íís baa áháyá biniiyé nahiniíniigo éí kojí' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáa'doowot jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hwe'iina' bik'é'ésti'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of California, Inc.qjí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hats'íís bik'é'ésti'go éí kojí' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.

## Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. اگر پوشش بیمه را از طریق بازارگاه کالیفرنیا خریداری کردید با شماره 1-888-926-4988 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر: اگر در بیمه نامه PPO یا EPO از سوی Health Net Life Insurance Company عضویت دارید، با CA Dept. of Insurance به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اگر در برنامه HMO یا HSP از سوی Health Net of California, Inc. عضویت دارید، با خط راهنمایی تلفنی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

## Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਮਾਰਕਿਟ ਪਲੇਸ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਖਰੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ 1-888-926-4988 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਪੀਪੀਓ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੋ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਡੀਐਮਐਚਸੀ DMHC ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочесть документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711). Если свою страховку вы приобрели на едином сайте по продаже медицинских страховок в штате Калифорния, звоните по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711).  
Дополнительная помощь: Если вы включены в полис PPO или EPO от страховой компании Health Net Life Insurance Company, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance), телефон 1-800-927-4357. Если вы включены в план HMO или HSP от страховой компании Health Net of California, Inc., звоните по контактной линии Департамента управляемого медицинского обслуживания DMHC, телефон 1-888-HMO-2219.

## Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Si adquirió la cobertura a través del mercado de California, llame al 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para obtener más ayuda, haga lo siguiente: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO de Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de California, al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP de Health Net of California, Inc., llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada, al 1-888-HMO-2219.

### **Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711). Kung bumili kayo ng pagsakop sa pamamagitan ng California marketplace tawagan ang 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para sa higit pang tulong: Kung nakatala kayo sa insurance policy ng PPO o EPO mula sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung nakatala kayo sa HMO o HSP na plan mula sa Health Net of California, Inc., tawagan ang Helpline ng DMHC sa 1-888-HMO-2219.

### **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตาม หมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711) หากคุณซื้อความคุ้มครองผ่านทาง California marketplace โทร 1-888-926-4988 (TTY: 711) สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม หากคุณสมัครทำกรมธรรม์ประกันภัย PPO หรือ EPO กับ Health Net Life Insurance Company โทรหากรมการประกันภัยรัฐแคลิฟอร์เนียได้ที่ 1-800-927-4357 หากคุณสมัครแผน HMO หรือ HSP กับ Health Net of California, Inc. โทรหาสายด่วนความช่วยเหลือของ DMHC ได้ที่ 1-888-HMO-2219.

### **Vietnamese**

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711). Nếu quý vị mua khoản bảo trả thông qua thị trường California 1-888-926-4988 (TTY: 711). Để nhận thêm trợ giúp: Nếu quý vị đăng ký hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO từ Health Net Life Insurance Company, vui lòng gọi Sở Y Tế CA theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị đăng ký vào chương trình HMO hoặc HSP từ Health Net of California, Inc., vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-HMO-2219.

**Planes Individuales y Familiares de Health Net**

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (*inglés*)

1-877-891-9053 (*chino cantonés*)

1-877-339-8596 (*coreano*)

1-877-891-9053 (*chino mandarín*)

1-800-331-1777 (*español*)

1-877-891-9051 (*tagalo*)

1-877-339-8621 (*vietnamita*)

**Asistencia para personas con dificultades de audición y del habla:**

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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