

Dental HMO¹

DHMO Plus 85

Este plan integral Dental HMO (DHMO) ofrece cobertura para más de 345 procedimientos dentales, incluyendo muchos procedimientos preventivos y de diagnóstico por un co-pago bajo o sin co-pago. Con un acceso a la atención a través de una amplia red dental, este plan ofrece la cobertura dental flexible, de calidad y a su alcance que usted y su familia necesitan.

- Honorarios habituales y acostumbrados reducidos para servicios no enumerados
- Óxido nitroso y sedación intravenosa (sujetos a co-pagos)
- Blanqueamiento dental y carillas (sujetos a co-pagos)
- Ortodoncia para niños y adultos (sujeta a co-pagos)
- Procedimientos preventivos y de bienestar (sujetos a co-pagos)
- Implantes para niños y adultos (sujetos a co-pagos)

Características clave de Dental HMO

- Limpiezas y mantenimiento periodontal adicionales (hasta 4 al año)

Procedimientos cubiertos (lista parcial²)

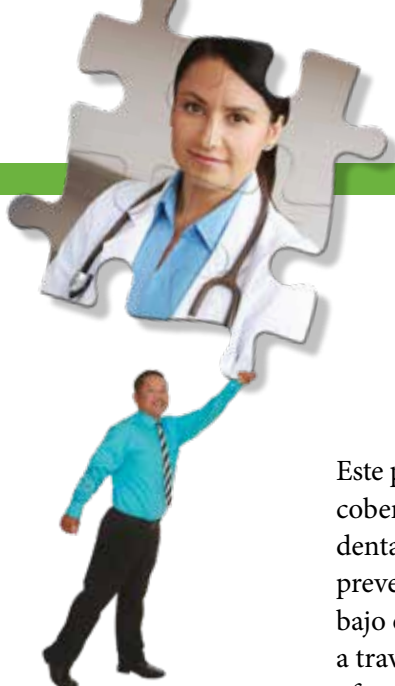
Procedimientos cubiertos (lista parcial ²)	Co-pago del afiliado
Servicios diagnósticos	
D0120 Evaluación bucal periodica	\$0
D0150 Evaluación bucal integral	\$0
D0210 Rayos X intrabucales – serie completa	\$0
Servicios preventivos	
D1110 Profilaxis (limpieza) – adulto	\$0
D1110 Profilaxis adicional (hasta 2 por año) – adulto	\$0
D1206 Aplicación tópica de flúor	\$0
Tratamiento de restauración	
D2150 Amalgama (empaste de plata) – dos superficies	\$0
D2331 Compuesto (empaste blanco) – dos superficies, anterior	\$0
D2392 Compuesto (empaste blanco) – dos superficies, posterior	\$30
Coronas y pónicos	
D2751 ³ Corona: porcelana fundida sobre metal predominantemente básico	\$85
D2962 Carilla labial (laminado de porcelana) – en el laboratorio	\$350
Endodoncia	
D3320 Tratamiento de conducto – bicúspide (excluyendo la restauración final)	\$65
D3330 Tratamiento de conducto – molar (excluyendo la restauración final)	\$95
Periodoncia	
D4341 Eliminación del sarro y alisado radicular periodontal – 4 dientes o más, por cuadrante	\$15
Prostodontics	
D5110 Dentadura postiza completa – superior	\$100
D7220 Extracción de diente impactado – tejido blando	\$10
Ortodoncia	
D8070-90 Tratamiento integral de ortodoncia – adulto o niño	\$1,450
Otros servicios generales	
D6010 Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endóstico	\$1,950
D9972 Blanqueo externo (blanqueamiento de los dientes) – por arco	\$125

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

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

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

Kim Aung
Health Net



Limitaciones

Generales

1. Todo procedimiento que no esté específicamente enumerado como un beneficio cubierto en el *Programa de Beneficios* de este Plan está disponible al 100% de los honorarios habituales y acostumbrados del dentista general o de atención de especialidades tratante seleccionado por Health Net, siempre que los servicios estén incluidos en el plan de tratamiento y no estén específicamente excluidos.
2. Los procedimientos o servicios dentales realizados únicamente con fines cosméticos o de apariencia están disponibles al 100% de los honorarios habituales y acostumbrados del dentista general o de atención de especialidades tratante seleccionado por Health Net, a menos que estén específicamente enumerados como un beneficio cubierto en el *Programa de Beneficios* de este Plan.
3. La anestesia general es un beneficio cubierto sólo cuando es administrada por el dentista tratante conjuntamente con procedimientos quirúrgicos orales y periodontales.

Servicios preventivos

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

Servicios de diagnóstico

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

Servicios de restauración

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

Prostodoncia

1. El rellenado de los bordes se limita a uno (1) cada doce (12) meses.
2. Dentaduras postizas (completas o parciales): Reemplazo únicamente después de transcurridos cinco (5) años tras la colocación anterior de la dentadura postiza conforme a un Plan de Health Net, a menos que se deba a la pérdida de un diente natural en buenas condiciones. Los reemplazos serán un beneficio conforme a este Plan sólo si la dentadura postiza existente no es satisfactoria y no se puede lograr que sea satisfactoria según lo determine el dentista general tratante seleccionado por Health Net.

3. La prestación de servicios de prostodoncia extraíble incluye hasta tres (3) ajustes dentro de los seis (6) meses a partir de la fecha de prestación del servicio.

Endodoncia

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

Cirugía oral

1. La extracción de terceros molares asintomáticos no es un beneficio cubierto a menos que exista una patología (enfermedad); sin embargo, está disponible al 100% de los honorarios habituales y acostumbrados de su dentista general o de atención de especialidades seleccionado por Health Net.

Exclusiones generales

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

11. Servicios dentales requeridos mientras se encuentra al servicio de las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional.
12. Servicios dentales considerados de naturaleza experimental.
13. Cualquier procedimiento o tratamiento dental que no se pueda realizar en el consultorio dental debido a limitaciones de salud general o físicas del afiliado.

Exclusiones y limitaciones de ortodoncia

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

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

Nota: En caso de conflicto entre las disposiciones de la Evidencia de Cobertura y este documento, regirán las disposiciones de la *Evidencia de Cobertura*.

In addition to the State of California nondiscrimination requirements (as described in benefit coverage documents), Health Net of California, Inc. (Health Net) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at **1-800-522-0088 (TTY: 711)**.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way based on one of the characteristics listed above, you can file a grievance by calling Health Net's Customer Contact Center at the number above and telling them you need help filing a grievance. Health Net's Customer Contact Center is available to help you file a grievance. You can also file a grievance by mail, fax or email at:

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Email: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Members) or

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Applicants)

If your health problem is urgent, if you already filed a complaint with Health Net of California, Inc. and are not satisfied with the decision or it has been more than 30 days since you filed a complaint with Health Net of California, Inc., you may submit an Independent Medical Review/Complaint Form with the Department of Managed Health Care (DMHC). You may submit a complaint form by calling the DMHC Help Desk at 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) or online at www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), electronically through the OCR Complaint Portal, at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <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 **866-249-2382** (TTY: 711).

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 (TTY: 711) **866-249-2382**

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 **866-249-2382** (TTY: 711).

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 **866-249-2382** (TTY: 711)。

Hindi

बनिा लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषयिा प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लए, आपके आईडी कार्ड पर दए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या **866-249-2382** (TTY: 711)।

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. Xav tau kev pab, hu peb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav los yog hu 866-249-2382 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。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、866-249-2382 (TTY: 711)。

Khmer

សេវាកម្មសេរីដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូម ទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្ម នៃក្រុមហ៊ុន 866-249-2382 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 866-249-2382 (TTY: 711).

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hólq. T'áá hó hazaad k'éhjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néího'dólzínígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáá' áají' hodíílnih éí doodaii' 866-249-2382 (TTY: 711).

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 866-249-2382 (TTY: 711)

Panjabi (Punjabi)

ਬਨਿ ਕਸਿ ਲਾਗਤ ਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ 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 ਕਰਿਆ ਕਰਕੇ 866-249-2382 (TTY: 711)।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 866-249-2382 (TTY: 711).

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 866-249-2382 (TTY: 711).

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 866-249-2382 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตาม หมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 866-249-2382 (TTY: 711)

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 866-249-2382 (TTY: 711).