

# DHMO Plus 85<sup>1</sup>

El objetivo de esta matriz es que se la use como ayuda para comparar sus beneficios de cobertura, pero es solo un resumen. Para obtener una descripción detallada de los beneficios y las limitaciones de la cobertura, se debe consultar la *Evidencia de Cobertura*.

| Procedimientos cubiertos (lista parcial)  | Responsabilidad del afiliado (dentro de la red únicamente) |
|---|--|
| <b>Servicios de diagnóstico</b>   |  |
| D0120 Evaluación bucal periódica  | \$0  |
| D0150 Evaluación bucal integral   | \$0  |
| D0210 Rayos X intrabucales – serie completa   | \$0  |
| <b>Servicios preventivos</b>  | \$0  |
| D1110 Profilaxis (2 limpiezas por año) – adulto   | \$0  |
| D1110 Profilaxis adicional (máximo de 2 adicionales por año) – adulto   | \$20   |
| D1206 Aplicación tópica de fluoruro   | \$0  |
| <b>Atención Dental prenatal</b>   | \$0  |
| Si es médicamente necesario, las mujeres que se encuentran en su segundo y tercer trimestre de embarazo son elegibles para recibir los servicios adicionales de profilaxis, limpieza profunda, desbridamiento y mantenimiento periodontal (los gastos cubiertos no se aplican al máximo por año calendario) |  |
| <b>Tratamiento de restauración</b>  | \$0  |
| D2150 Amalgama (empaste de plata) – dos superficies   | \$0  |
| D2331 Compuesto (empaste blanco) – dos superficies, anterior  | \$0  |
| D2392 Compuesto (empaste blanco) – dos superficies, posterior   | \$30   |
| <b>Coronas y puentes</b>  |  |
| D2751 Corona <sup>2</sup> – porcelana fundida sobre metal predominantemente básico  | \$85   |
| D2962 Carilla labial (laminado de porcelana) – en el laboratorio  | \$350  |
| <b>Endodoncia</b>   |  |
| D3320 Tratamiento de conducto – bicúspide (excluyendo la restauración final)  | \$65   |
| D3330 Tratamiento de conducto – molar (excluyendo la restauración final)  | \$95   |
| <b>Periodoncia</b>  |  |
| D4341 Eliminación del sarro y alisamiento radicular periodontal – 4 dientes o más, por cuadrante  | \$15   |
| <b>Prostodoncia</b>   |  |
| D5110 Dentadura postiza completa – superior   | \$100  |
| <b>Implantes</b>  |  |
| D6010 Colocación quirúrgica del cuerpo del implante – endosteal   | \$1950   |
| <b>Cirugía Oral</b>   |  |
| D7220 Extracción de diente impactado – tejido blando  | \$10   |
| <b>Ortodoncia</b>   |  |
| D8070-90 Tratamiento integral de ortodoncia – adulto o niño   | \$1450   |
| <b>Otros servicios generales</b>  |  |
| D9972 Blanqueo externo (blanqueamiento de los dientes) – por arco   | \$125  |

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

<sup>2</sup>Hay un copago de \$75 por unidad de corona/puente además de los copagos regulares por porcelana en los molares.

# Exclusiones y Limitaciones

## Dental HMO

### Exclusiones Generales

1. Servicios realizados por cualquier dentista que no tenga contrato con Health Net Dental, sin aprobación previa por parte de Health Net Dental (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 y 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 Dental.
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 médicas 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. 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.
10. Servicios dentales requeridos mientras se encuentra al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
11. Servicios dentales considerados de naturaleza experimental.
12. Cualquier procedimiento o tratamiento dental que no se pueda realizar en el consultorio dental debido a limitaciones de salud general o físicas del afiliado.

### Limitaciones

#### Servicios generales

1. Todo procedimiento que no esté específicamente enumerado como un beneficio cubierto en el Programa de Beneficios de este Plan está disponible al 75% de los honorarios habituales y acostumbrados del dentista general o de atención de especialidades tratante seleccionado por Health Net, siempre que los servicios estén incluidos en el plan de tratamiento y no estén específicamente excluidos.

Los procedimientos o servicios dentales realizados únicamente con fines cosméticos o de apariencia están disponibles al 75% de los honorarios habituales y acostumbrados del dentista general o de atención de especialidades tratante seleccionado por Health Net, a menos que estén específicamente enumerados como un beneficio cubierto en el Programa de Beneficios de este Plan.

2. La anestesia general es un beneficio cubierto solo 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 fluoruro se limitan a dos al año.  
  
Hay dos (2) limpiezas adicionales (de rutina y periodontal) disponibles por el copago 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

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 copago adicional de \$125 por unidad además del copago especificado para cada unidad de corona/puente.
4. Hay un copago de \$75 por unidad de corona/puente además del copago especificado por porcelana en los molares.

#### Prostodoncia

1. Los reajustes se limitan 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 solo 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 Dental.
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

Los copagos enumerados para procedimientos de endodoncia no incluyen el costo de la restauración final.

#### Cirugía oral

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

#### Exclusiones y limitaciones de ortodoncia

Si necesita los servicios de un ortodoncista, primero debe obtener una remisión. Si no se obtiene una remisión 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 Dental o un ortodoncista contratado por Health Net Dental para que se apliquen los copagos enumerados en el Programa de Beneficios de este Plan.
2. Los beneficios del plan cubrirán veinticuatro (24) meses de tratamiento habitual y acostumbrado de ortodoncia y otros veinticuatro (24) meses de retención. El tratamiento que se extienda más allá de estos períodos estará sujeto a un cargo de \$25 por consulta.
3. Los siguientes procedimientos no están incluidos como beneficios de ortodoncia:
  - A. Reparación o reemplazo de aparatos perdidos o rotos;
  - B. Repetición de un tratamiento de casos de ortodoncia;

A. Tratamiento que incluya:

- i. Cirugía maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hendido, micrognatia, macroglosia;
  - ii. Desequilibrios hormonales u otros factores que afecten el crecimiento, o bien, anomalías del desarrollo;
  - iii. Tratamiento relacionado con trastornos de la articulación temporomandibular;
  - iv. Correctores de compuesto o cerámica, adaptación lingual de bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o cosméticas de los aparatos de ortodoncia estándar fijos y extraíbles.
4. La fase de retención del tratamiento incluirá la construcción, la colocación y el ajuste de retenedores.
5. El tratamiento de ortodoncia activo que se esté llevando a cabo en su fecha de vigencia de la cobertura no está cubierto. Tratamiento de ortodoncia activo significa que ha comenzado el movimiento de los dientes.

**Implantes (planes DHMO Plus únicamente)**

1. El reemplazo de implantes, coronas implantadas, prótesis implantadas y estructuras de apoyo implantadas (como conectores), que se haya presentado previamente para el pago conforme al plan, se limita a 1 vez cada 60 meses consecutivos a partir de la colocación inicial o suplementaria.
2. Colocación de implantes. Limitados a 1 vez cada 60 meses consecutivos.
3. Prótesis con apoyo en implante. Limitados a 1 vez cada 60 meses consecutivos.
4. Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluyendo extracción de prótesis, limpieza de prótesis y soportes, inserción de prótesis. Limitados a 1 vez cada 12 meses consecutivos.
5. Reparación de prótesis con apoyo en implante, por informe. Limitada a las reparaciones o los ajustes que se realizan más de 12 meses después de la inserción inicial. Limitadas a 1 cada 6 meses consecutivos.
6. Corona con apoyo en soporte (titanio) o corona de retención para dentadura postiza parcial fija – titanio. Limitados a 1 vez cada 60 meses consecutivos.
7. Reparación de soporte de implante, por informe. Limitada a las reparaciones o los ajustes que se realizan más de 12 meses después de la inserción inicial. Limitadas a 1 cada 6 meses consecutivos.
8. Extracción de implante, por informe. Limitados a 1 vez cada 60 meses consecutivos.
9. Índice radiográfico/quirúrgico del implante, por informe. Limitados a 1 vez cada 60 meses consecutivos.

***Aviso de No Discriminación de Health Net***