

# Detalles de los Beneficios Dentales

## 2024

Este documento proporciona detalles adicionales acerca de los beneficios dentales suplementarios que están cubiertos bajo nuestro plan. Para obtener más información sobre este documento o sus beneficios dentales, póngase en contacto con Servicios para Miembros a través del número de teléfono o la dirección web que aparece en la contraportada de la *Evidencia de Cobertura* o en su tarjeta de identificación de Miembro.

Los *Detalles de Beneficios Dentales* se aplican a los paquetes de beneficios del plan que se muestran a continuación. El paquete de beneficios del plan está en la cubierta de la *Evidencia de Cobertura*, en la esquina inferior derecha.

Estado	Paquete de Beneficios del Plan	Nombre del Plan
CA	H0562039000	Wellcare Premium Ultra (HMO)
CA	H0562079000	Wellcare No Premium Ruby (HMO)
CA	H0562009000	Wellcare Premium Ultra (HMO)
CA	H0562092000	Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)
CA	H0562097000	Wellcare No Premium Focus (HMO)
CA	H0562012000	Wellcare No Premium Focus (HMO)
CA	H0562130001	Wellcare Low Premium (HMO)
CA	H0562130002	Wellcare Low Premium (HMO)
CA	H0562125000	Wellcare No Premium Focus (HMO)
CA	H0562126000	Wellcare No Premium Focus (HMO)
CA	H0562128000	Wellcare No Premium (HMO)

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente.]

**Beneficios Dentales Cubiertos:** Nuestro plan proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen a continuación. Consulte su *Evidencia de Cobertura* del 2024 para conocer cualquier gasto compartido aplicable.

### Programa de Beneficios Dentales del 2024

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
<b>Servicios de Diagnóstico (Preventivos)</b>			
Examen Bucal	D0120	Examen periódico de rutina completado durante la revisión	2 (D0120) cada 12 meses; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150
Examen Bucal	D0140	Examen limitado para evaluar un problema	2 (D0140) cada 12 meses
Examen Bucal	D0145	Evaluación oral para un paciente menor de tres años de edad y asesoramiento con el cuidador principal	Ilimitado
Examen Bucal	D0150	Examen completo (para un paciente nuevo o un paciente registrado después de 3 años o más de inactividad en el tratamiento dental)	1 (D0150) cada 36 meses; no dentro de los 36 meses posteriores a un D0120
Examen Bucal	D0170	Reevaluación limitada de un problema	2 (D0170) cada 12 meses
Examen Bucal	D0171	Reevaluación para visita posoperatoria al consultorio	2 (D0171) cada 12 meses
Examen Bucal	D0180	Evaluación periodontal completa (para un paciente nuevo o registrado)	2 (D0180) cada 12 meses; no en la misma fecha que un D0120 o D0150
Radiografías Dentales	D0210	Conjunto de radiografías de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca	1 (D0210) cada 24 meses
Radiografías Dentales	D0220	Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0230	Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0240	Imagen radiográfica oclusal intraoral	Ilimitado

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
Radiografías Dentales	D0250	Imagen radiográfica de proyección 2D extraoral creada utilizando una fuente de radiación y un detector estacionarios	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0270	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso (imagen radiográfica única)	4 (D2070) cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0272	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso (dos imágenes radiográficas)	2 (D0272) cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0273	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso (tres imágenes radiográficas)	2 (D0273) cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0274	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso (cuatro imágenes radiográficas)	1 (D0274) cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0277	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso (aletas de mordida verticales: 7 a 8 imágenes radiográficas)	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0330	Radiografía de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca (imagen radiográfica panorámica)	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0350	Fotografía bidimensional o imagen radiográfica	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0372	Tomosíntesis intraoral – serie completa de imágenes radiográficas	1 (D0372) cada 24 meses
Radiografías Dentales	D0373	Tomosíntesis intraoral – imagen radiográfica de la aleta de mordida	1 (D0373) cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0374	Tomosíntesis intraoral – imagen radiográfica periapical	Ilimitado

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
Radiografías Dentales	D0387	Tomosíntesis intraoral – serie completa de imágenes radiográficas – solo captura de imagen	1 (D0387) cada 24 meses
Radiografías Dentales	D0388	Tomosíntesis intraoral – imagen radiográfica de la aleta de mordida – solo captura de imagen	1 (D0388) cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0389	Tomosíntesis intraoral – imagen radiográfica periapical – solo captura de imagen	Ilimitado
Otros servicios	D0460	Prueba del nervio dental	Ilimitado
Otros servicios	D0470	Modelos de diagnóstico	Ilimitado
Otros servicios	D0472- D0474	Toma de tejido	Ilimitado
Otros servicios	D0486	Toma de la muestra citológica transepitelial para el laboratorio, microexamen, preparación y transmisión del informe escrito	Ilimitado
Otros servicios	D0600	Procedimiento de diagnóstico no ionizante	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0701	Imágenes radiográficas en 2 dimensiones y boca completa de la cabeza (imagen radiográfica panorámica - solo captura de imágenes)	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0702	Imágenes radiográficas en 2 dimensiones y de boca completa de la cabeza (imagen radiográfica cefalométrica en 2D - solo captura de imágenes)	Ilimitado
Fotografías Dentales	D0703	Imágenes fotográficas, solo captura de imágenes	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0705	Radiografías tomadas fuera de la boca	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0706	Radiografías tomadas dentro de la boca	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0707	Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes: solo captura de imágenes	Ilimitado

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
Radiografías Dentales	D0708	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso: solo captura de imágenes	4 (D0708) cada 12 meses
Radiografías Dentales	D0709	Conjunto de radiografías de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca: solo captura de imágenes	1 (D0709) cada 24 meses
Radiografías Dentales	D0801	Escaneo 3D de la superficie dental – directo	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0802	Escaneo 3D de la superficie dental – indirecto	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0803	Escaneo 3D de la superficie facial – directo	Ilimitado
Radiografías Dentales	D0804	Escaneo 3D de la superficie facial – indirecto	Ilimitado
Otros servicios	D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Ilimitado
<b>Servicios Preventivos</b>			
Otros servicios	D1110	Limpieza dental estándar para adultos	2 (D1110) cada 12 meses
Otros servicios	D1120	Limpieza dental estándar para niños	2 (D1120) cada 12 meses
Flúor	D1206	Tratamiento con flúor	1 (D1206) cada 12 meses
Otros servicios	D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Ilimitado
Otros servicios	D1330	Instrucciones de higiene oral	Ilimitado
Otros servicios	D1351	Sellador por diente	Ilimitado
Otros servicios	D1353	Reparación con sellador – por diente	Ilimitado
Otros servicios	D1354	Aplicación de medicamento para detener caries provisoriamente	Ilimitado
Otros servicios	D1510	Mantenedor de espacio – Fijo (unilateral - por cuadrante)	Ilimitado
Otros servicios	D1516	Mantenedor de espacio – Fijo (bilateral, maxilar)	Ilimitado

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
Otros servicios	D1517	Mantenedor de espacio – Fijo (bilateral, mandibular)	Ilimitado
Otros servicios	D1520	Mantenedor de espacio – Removible (unilateral - por cuadrante)	Ilimitado
Otros servicios	D1526	Mantenedor de espacio – Removible (bilateral, maxilar)	Ilimitado
Otros servicios	D1527	Mantenedor de espacio – Removible (bilateral, mandibular)	Ilimitado
Otros servicios	D1551- D1553	Volver a cementar o unir el mantenedor de espacio bilateral (D1551 - maxilar, D1552 - mandibular, D1553 - por cuadrante)	Ilimitado
Otros servicios	D1556- D1558	Extracción del mantenedor de espacio fijo (D1557 - maxilar, D1558 - mandibular, D1556 - por cuadrante)	Ilimitado
Otros servicios	D1575	Mantenedor de espacio de zapatilla distal - unilateral fijo (por cuadrante)	Ilimitado
Otros servicios	D1701, D1702, D1708, D1709, D1713, D1714	Pfizer – Administración de la vacuna contra el COVID-19 (primera, segunda y tercera dosis, refuerzo, primera dosis pediátrica de tris-sacarosa pediátrica, y segunda dosis pediátrica de tris-sacarosa)	Ilimitado
Otros servicios	D1703, D1704, D1710, D1711	Moderna – Administración de la vacuna contra el COVID-19 (primera, segunda y tercera dosis y refuerzo)	Ilimitado
Otros servicios	D1705, D1706	AstraZeneca – Administración de la vacuna contra el COVID-19 (primera y segunda dosis)	Ilimitado
Otros servicios	D1707	Janssen – Administración de la vacuna contra el COVID-19	Ilimitado
Otros servicios	D1781- D1783	Administración de vacunas – virus del papiloma humano (Dosis 1, 2 y 3)	Ilimitado

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
<b>Servicios Integrales de Restauración (Rellenos y Coronas)</b>			
Restaurativo	D2140- D2394	Rellenos metálicos o de color dental colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores	Ilimitado
Restaurativo	D2510- D2530	Incrustación – relleno metálico que encaja en los agujeros y surcos de la superficie de masticación de un diente	1 (D2510, D2520, D2530) cada 60 meses
Restaurativo	D2542- D2544; D2740- D2794	Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta.	1 (D2542-D2544; D2740, D2750-D2753; D2780-D2783; D2790-D2792; D2794) cada 60 meses
Restaurativo	D2910, D2915, D2920	Volver a cementar o a pegar una corona que se ha desprendido	Ilimitado
Restaurativo	D2930, D2931	Coronas prefabricadas	1 (D2930, D2931) cada 60 meses
Restaurativo	D2940	Relleno protector	Ilimitado
Restaurativo	D2950- D2955	Acumulación de relleno alrededor de un poste para preparar el diente para una corona	Ilimitado
Restaurativo	D2962	Carilla labial (laminado de porcelana) – laboratorio	Ilimitado
<b>Servicios Integrales de Endodoncia (Tratamiento de Conducto)</b>			
Endodoncia	D3110, D3120	Recubrimiento de pulpa	Ilimitado
Endodoncia	D3220- D3221	Pulpotomía	
Endodoncia	D3230, D3240, D3310, D3320, D3330, D3332	Tratamiento de conducto	
Endodoncia	D3346- D3348	Rehacer un tratamiento de conducto por un tratamiento de conducto anterior fallido	Ilimitado



Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
Endodoncia	D3351- D3353; D3410, D3421; D3425- D3426; D3430; D3450	Reparaciones de la punta de la raíz de los dientes	Ilimitado
Endodoncia	D3471- D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular	Ilimitado
Endodoncia	D3911	Barrera intraorificio	Ilimitado
Endodoncia	D3920	Otro procedimiento del conducto radicular	Ilimitado
<b>Servicios Periodontales Integrales (Tratamiento de las Encías)</b>			
Periodoncia	D4210, D4211, D4240, D4241	Cirugía del tejido de las encías	1 (D4210, D4211, D4240, D4241) cada 36 meses
Periodoncia	D4249	Alargamiento clínico de la corona - tejido duro	1 (D4249) de por vida
Periodoncia	D4260, D4261, D4270, D4273, D4274, D4283	Cirugía del tejido de las encías	1 (D4260, D4261, D4270, D4273, D4274, D4283) cada 36 meses
Periodoncia	D4341	Limpieza profunda para 4 o más dientes en la boca	Solo 1 de cualquiera (D4341-D4342) por cuadrante cada 12 meses; sólo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio
Periodoncia	D4342	Limpieza profunda para 1-3 dientes en la boca	Solo 1 de cualquiera (D4341-D4342) por cuadrante cada 12 meses; sólo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio
Periodoncia	D4346	Detartraje para encías inflamadas o infectadas moderadas o graves, boca completa, después de la evaluación	2 (D4346) cada 12 meses

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
Periodoncia	D4355	Limpieza de la acumulación en los dientes a fin de permitir una visibilidad adecuada de los dientes para su examen	Ilimitado
Periodoncia	D4381	Medicina aplicada al área de las encías alrededor de un diente (por diente) para el tratamiento de la enfermedad de las encías	Ilimitado
Periodoncia	D4910	Limpieza dental de rutina para un adulto que tiene antecedentes documentados de enfermedad de las encías	2 (D4910) cada 12 meses; no dentro de los 90 días posteriores a un D1110
Periodoncia	D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe	Ilimitado
<b>Servicios Integrales de Prostodoncia Removible (Dentadura)</b>			
Prostodoncia Removible	D5110- D5120	Dentaduras postizas completas: superior y/o inferior	Solo 1 de cualquiera (D5110- D5228) por arco cada 60 meses
Prostodoncia Removible	D5130- D5140	Dentaduras postizas completas inmediatas: superior y/o inferior, colocadas en el momento de extraer los dientes restantes	
Prostodoncia Removible	D5211- D5214	Dentaduras parciales: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible	
Prostodoncia Removible	D5221- D5224, D5227, D5228	Dentaduras parciales inmediatas: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible, colocadas en el momento de las extracciones dentales	
Prostodoncia Removible	D5410, D5411, D5421, D5422, D5511, D5512, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630	Ajustar o reparar dentaduras completas o parciales	Ilimitado

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
Prostodoncia Removible	D5520, D5640	Sustituir las piezas que falten o estén rotas de dentaduras completas o parciales	Ilimitado
Prostodoncia Removible	D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	Ilimitado
Prostodoncia Removible	D5660	Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente	Ilimitado
Prostodoncia Removible	D5710- D5761	Rehacer el revestimiento o la base de dentaduras postizas completas y/o parciales: superior y/o inferior	Solo 1 de cualquiera (D5710- D5761) por arco cada 12 meses
Prostodoncia Removible	D5765	Revestimiento blando para dentadura removible parcial o completa - indirecto	Ilimitado
Prostodoncia Removible	D5810- D5821	Dentadura provisional/temporaria	Solo 1 de cualquiera (D5810- D5821) por arco cada 60 meses
Prostodoncia Removible	D5850, D5851	Revestimiento para ayudar a curar el tejido de la encía bajo una dentadura	Ilimitado
Prostodoncia Removible	D5876	Añadir una subestructura metálica a la dentadura completa acrílica (por arco)	1 (D576) cada 12 meses
<b>Servicios Integrales de Prostodoncia Fija (Puentes)</b>			
Prostodoncias Fijas	D6210- D6245	Parte del puente que es el diente falso, reemplazando el diente faltante (póntico)	1 (D6210-D6245) cada 60 meses
Prostodoncias Fijas	D6750- D6753, D6780- D6782, D6784 D6790- D6794	Coronas y coronas parciales que se colocan en los dientes que sostienen un puente (coronas retenedoras)	1 (D6750, D6753, D6780- D6782; D6784, D6790- D6794) cada 60 meses
Prostodoncias Fijas	D6930	Volver a cementar o a unir un puente que se salga	Ilimitado

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
<b>Servicios Integrales de Cirugía Bucal (Extracción)</b>			
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7111, D7140-D7251	Extracciones	1 (D7111, D7140-D7251) por diente de por vida
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7270, D7280	Cirugía para mover o reimplantar dientes naturales	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7285, D7286	Biopsias	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7310-D7321	Remodelación del hueso que rodea los dientes o los espacios dentales	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7510, D7511	Limpieza de un absceso/infección de una raíz dental	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7961-D7963	Otros procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de tejido de la encía o las uniones musculares	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D7971	Extirpación de encía pericoronal	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8070	Tratamiento ortodóncico integral de la dentición transicional	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8080	Tratamiento ortodóncico integral de la dentición adolescente	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8090	Tratamiento ortodóncico completo de la dentición adulta	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8660	Examen de tratamiento preortodóncico para controlar el crecimiento y el desarrollo	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8670	Consulta periódica de tratamiento ortodóncico	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, armado y colocación de retenedor(es))	Ilimitado

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8681	Ajuste del retenedor ortodóncico extraíble	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8695	Remoción de aparatos ortodóncicos fijos por motivos distintos a la finalización del tratamiento	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8698	Volver a cementar o a unir el retenedor fijo - maxilar	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8699	Volver a cementar o a unir un retenedor fijo - mandibular	Ilimitado
Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales	D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe	Ilimitado
<b>Otros Servicios Integrales Complementarios (No Rutinarios)</b>			
Otros Servicios Integrales	D9110	Procedimiento menor para el tratamiento de emergencia del dolor dental	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9120	Cortar un puente viejo para ayudar a retirarlo	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9210- D9211, D9215- D9233	Sedación profunda/anestesia general	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9239, D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente)	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9310	Consulta (servicio de diagnóstico proporcionado por el dentista o el médico que no sea el profesional que proporciona el tratamiento)	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9311	Consulta con un profesional de la salud médica	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9430	Visita al consultorio para observación (durante horas programadas regularmente) - ningún otro servicio realizado	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9440	Visita al consultorio - después del horario programado regularmente	Ilimitado

Categoría	Código Dental	Descripción del Procedimiento	Frecuencia
Otros Servicios Integrales	D9630	Enjuagues con fluoruro y otros productos dentales con receta para uso doméstico	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9910	Aplicación de medicación desensibilizante	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9912	Evaluación del paciente antes de la consulta	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9942	Reparación de la placa de descanso	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9943-D9946	Placa de descanso, aparato duro o blando	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9947	Fabricación y colocación de aparatos personalizados para apnea del sueño	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9948	Ajuste del aparato personalizado para apnea del sueño	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9949	Reparación de aparatos personalizados para apnea del sueño	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9951, D9952	Ajuste leve de la mordida	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9953	Reconfiguración de dispositivo personalizado para apnea del sueño (indirecto)	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9961	Duplicar/copiar los registros del paciente	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9972	Blanqueamiento externo-por arco-realizado en el consultorio	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9995	Teleodontología: realizada en tiempo real	Ilimitado
Otros Servicios Integrales	D9996	Teleodontología: se realiza cuando la información se almacena y se envía a un dentista para su revisión posterior	
Otros Servicios Integrales	D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe	Ilimitado

### **Limitaciones Generales:**

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente enumerado como un beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del Plan está disponible al 100% de las tarifas usuales y habituales del dentista de atención general o especializada tratante seleccionado de Health Net.
2. Los procedimientos o servicios dentales realizados únicamente con fines estéticos o únicamente para la apariencia están disponibles al 100% de los honorarios usuales y habituales del dentista de atención general o especializada seleccionado de Health Net tratante, a menos que se indique específicamente como un beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del Plan.
3. La anestesia general es un beneficio cubierto sólo cuando es administrada por el dentista tratante, junto con procedimientos quirúrgicos orales y periodontales.

### **Exclusiones:**

1. Servicios realizados por cualquier dentista que no tenga contrato con Health Net, sin aprobación previa (excepto servicios de emergencia fuera del área). Esto incluye los servicios realizados por un dentista general o un dentista de atención especializada.
2. Los procedimientos dentales que comenzaron antes de la elegibilidad del miembro bajo este Plan o que comenzaron después de la terminación del Plan del miembro. Entre los ejemplos se incluye: dientes preparados para coronas, conductos radiculares en progreso, dentaduras postizas parciales o completas para las cuales se haya tomado una impresión.
3. Cualquier servicio dental, o aparato, que se determine que no es razonable y/o necesario para mantener o mejorar la salud dental del miembro, según lo determine el dentista general seleccionado de Health Net.
4. Cirugía ortognática.
5. Cargos hospitalarios para pacientes hospitalizados/ambulatorios de cualquier tipo, incluidos honorarios de odontólogos y/o médicos, recetas médicas o medicamentos.
6. Sustitución de dentaduras, coronas, aparatos o puentes que se han perdido, robado o dañado debido a abuso, mal uso o negligencia.
7. Tratamiento de neoplasias malignas, neoplasias o quistes, a menos que se indique específicamente como un beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del Plan. Cualquier servicio relacionado con los honorarios del laboratorio de anatomía patológica.
8. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo objetivo principal es cambiar la dimensión vertical de la oclusión, corregir trastornos dentales congénitos, del desarrollo o inducidos médicamente, incluyendo, entre otros, el tratamiento de trastornos miofuncionales, mioréticos, o trastornos de la articulación temporomandibular a menos que se indique lo contrario específicamente como beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del Plan.
9. Servicios dentales proporcionados o pagados por una agencia o autoridad del gobierno federal o estatal, subdivisión política u otro programa público que no sea Medicaid o Medicare.
10. Servicios dentales necesarios mientras se presta servicio en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional.
11. Servicios dentales considerados de naturaleza experimental.
12. Cualquier procedimiento o tratamiento dental que no pueda realizarse en el consultorio dental debido a la salud general o a limitaciones físicas del miembro.
13. Procedimientos que se consideran Experimentales, Investigativos o No Probados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapias Dentales de la Asociación Dental

Americana (ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico Experimental, Investigativo o No Probado sea el único tratamiento disponible para una afección en particular no dará lugar a cobertura si el procedimiento se considera Experimental, Investigativo o No Probado para el tratamiento de esa afección en particular.

14. Los servicios extranjeros no están cubiertos a menos que se requiera como emergencia.

#### **Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios Ortodóncicos:**

1. El tratamiento ortodóncico debe ser proporcionado por un dentista general seleccionado de Health Net o por un ortodoncista contratado de Health Net para que se apliquen los copagos enumerados en este Programa de Beneficios del Plan.
2. Los beneficios del plan cubrirán veinticuatro (24) meses de tratamiento ortodóncico usual y habitual, y veinticuatro (24) meses adicionales de retención. El tratamiento que se extienda más allá de dichos períodos de tiempo estará sujeto a un cargo de \$25 por consulta.
3. Los siguientes puntos no se incluyen como beneficios ortodóncicos:
  - A. Reparación o sustitución de aparatos perdidos o rotos;
  - B. Retratamiento de casos de ortodoncia;
  - C. Tratamientos relacionados con lo siguiente:
    - i. Cirugía maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hendido, micrognatia, macroglosia;
    - ii. Desequilibrios hormonales u otros factores que afectan al crecimiento o a las anomalías del desarrollo;
    - iii. Tratamiento relacionado con trastornos de la articulación temporomandibular;
    - iv. Brackets compuestos o cerámicos, adaptación lingual de las bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o cosméticas a los aparatos de ortodoncia fijos y extraíbles estándar.
4. La fase de retención del tratamiento incluirá la construcción, colocación y ajuste de los retenedores.
5. El tratamiento ortodóncico activo en curso en su fecha efectiva de cobertura no está cubierto. El tratamiento ortodóncico activo significa que el movimiento dental ha comenzado