Detalles de los beneficios dentales

2027

Este documento proporciona detalles adicionales acerca de los beneficios dentales complementarios que tienen cobertura de nuestro plan. Para obtener más información sobre este documento o sus beneficios dentales, póngase en contacto con Servicios al Miembro 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 ID de miembro.

Los *Detalles de los 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	H3561009000	Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)
CA	H3561010001	Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
CA	H3561010002	Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

Beneficios dentales cubiertos: Nuestro plan proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen a continuación. Consulte su *Evidencia de Cobertura* de 2027 para conocer cualquier costo compartido aplicable.

Programa de beneficios dentales de 2027

Código	Descripción del código	Periodicidad
Servicios de diagnóstico (preventivos)		
D0140	Evaluación bucal limitada	1 (D0140) por año calendario
Servicios de restauración		
D2750	Corona, porcelana fusionada con un metal altamente noble	1 (D2750-D2792, D6240-D6752) por diente cada 7 años calendario
D2752	Corona, porcelana fusionada con un metal noble	1 (D2750-D2792, D6240-D6752) por diente cada 7 años calendario
D2790	Corona, completa de metal altamente noble fundido	1 (D2750-D2792, D6240-D6752) por diente cada 7 años calendario
D2792	Corona, completa de metal noble fundido	1 (D2750-D2792, D6240-D6752) por diente cada 7 años calendario
Servicios de prostodoncia (removible)		
D5670	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en la estructura de metal fundido, maxilar	1 (D5670, D5671) por arco cada 3 años calendario
D5671	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en la estructura de metal fundido, mandibular	1 (D5670, D5671) por arco cada 3 años calendario
D5710	Rebasado de la dentadura postiza maxilar completa	1 (D5710-D5721) por arco cada 2 años calendario
D5711	Rebasado de la dentadura postiza mandibular completa	1 (D5710-D5721) por arco cada 2 años calendario

Código	Descripción del código	Periodicidad
D5720	Rebasado de la dentadura postiza maxilar parcial	1 (D5710-D5721) por arco cada 2 años calendario
D5721	Rebasado de la dentadura postiza mandibular parcial	1 (D5710-D5721) por arco cada 2 años calendario
Servicios de prostodoncia (fija)		
D6240	Póntico, porcelana fusionada con un metal altamente noble	1 (D2750-D2792, D6240-D6752) por diente cada 7 años calendario
D6242	Póntico, porcelana fusionada con un metal noble	1 (D2750-D2792, D6240-D6752) por diente cada 7 años calendario
D6750	Corona, porcelana fusionada con un metal altamente noble	1 (D2750-D2792, D6240-D6752) por diente cada 7 años calendario
D6752	Corona retenedora, porcelana fusionada con un metal noble	1 (D2750-D2792, D6240-D6752) por diente cada 7 años calendario
Servicios generales complementarios		
D9310	Consulta, que no sea con el dentista solicitante	1 (D9310) por año calendario

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 los honorarios 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 para mejorar la apariencia están disponibles al 100% de los honorarios usuales y habituales del dentista de atención general o especializada seleccionado de Health Net, 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 proporcionados por un dentista general o uno de atención especializada.
2. Los procedimientos dentales que comenzaron antes de la elegibilidad del miembro bajo este Plan o que comenzaron después de la cancelación de la membresía del miembro en el Plan. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes: dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto en proceso, 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 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 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 patología.
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 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, de investigación o no probados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapias Dentales de la American Dental Association (ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no probado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no dará lugar a cobertura si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no probado para el tratamiento de esa condición 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 casos 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 estéticas 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.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.