

# Atención dental y de la vista pediátrica<sup>1</sup>

## PARA AFILIADOS/AS DE HEALTH NET

### Beneficios de la cobertura de la vista:

- Copagos para exámenes de la vista y lentes de \$0.
- Vasta red de proveedores independientes, como LensCrafters, Pearle Vision y Target Optical. Los proveedores pueden encontrarse en línea ingresando en **eyemedvisioncare.com** o llamando al 1-866-392-6058.
- Plan de compras secundarias: Descuentos de hasta el 40% en todos los materiales y servicios cubiertos, una vez que se ha utilizado el beneficio inicial.

Descripción de los beneficios	Copago
<b>Examen de la vista de rutina</b> (límite de 1 por año calendario)	\$0
<b>Lentes</b> (límite de 1 por año calendario): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monofocales, bifocales, trifocales y lenticulares</li> <li>• De vidrio o plástico</li> </ul>	\$0
<b>Marcos seleccionados por el proveedor</b> (límite de 1 por año calendario)	\$0
<b>Lentes y tratamientos opcionales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de protección contra rayos ultravioletas</li> <li>• Con tinte (de moda, degradado y con cristal gris)</li> <li>• Estándares de plástico con recubrimiento antirrayas</li> <li>• Estándares de policarbonato</li> <li>• De plástico fotocromáticos/Transitions</li> <li>• Estándares con protección antirreflejos</li> <li>• Polarizados</li> <li>• Lentes progresivos estándares</li> <li>• Lentes de alto índice</li> <li>• Lentes sin línea divisoria</li> <li>• Lentes de visión intermedia</li> <li>• Lentes progresivos ultra o selectos</li> </ul>	\$0
<b>Lentes de contacto seleccionados por el proveedor</b> (en lugar de lentes de anteojos): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desechables:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>De uso diario: hasta un suministro para 3 meses de lentes de contacto monofocales desechables de uso diario</li> <li>De uso prolongado: hasta un suministro para 6 meses de lentes de contacto monofocales desechables de uso mensual o quincenal</li> </ul> </li> <li>• Convencionales: 1 par dentro de la selección de lentes de contacto designados por el proveedor</li> <li>• Médicamente necesarios<sup>2</sup></li> </ul>	\$0



**¿Tiene preguntas?**  
Llame a Envolve Vision  
al 1-866-392-6058.

(continúa)

## Beneficios de la cobertura dental:

- La amplia red estatal y nacional de proveedores dentales de PPO puede encontrarse en línea ingresando en **[yourdentalplan.com/healthnet](http://yourdentalplan.com/healthnet)** o llamando al 1-877-410-0176.
- Presupueste su cuidado: Averigüe los costos con anticipación usando nuestra conveniente herramienta en línea de cálculo de costos de tratamiento.

Descripción de los beneficios	Dentro de la red, el afiliado paga	Fuera de la red <sup>3</sup> , el afiliado paga
<b>Deducible anual</b>	El deducible de \$100 se aplica a todos los servicios	
<b>Beneficio máximo anual por año calendario</b>	Ninguno	
<b>Atención preventiva</b> Exámenes de rutina	0%	0%
Rayos X de aleta de mordida	0%	0%
Profilaxis (limpiezas)	0%	0%
Fluoruro	0%	0%
<b>Servicios básicos</b> Selladores	50%	50%
Restauraciones	50%	50%
Separadores	50%	50%
Cirugía oral	50%	50%
Endodoncia	50%	50%
Periodoncia	50%	50%
<b>Servicios de mayor complejidad</b> Coronas	50%	50%
Dentaduras postizas y puentes	50%	50%
<b>Ortodoncia</b> Ortodoncia médicamente necesaria	50%	50%



**¿Tiene preguntas?**  
 Llame a Dental Benefit  
 Providers, Inc. al  
 1-877-410-0176

1 La Ley de Cuidado de Salud Asequible requiere que se cubran los servicios dentales pediátricos como uno de los 10 beneficios de salud esenciales requeridos. Puede adquirir cobertura dental pediátrica a través de Health Net o de cualquier aseguradora certificada. Consulte con su empleador.

2 Lentes de contacto médicamente necesarios: Puede determinarse que los lentes de contacto son médicamente necesarios y adecuados en el tratamiento de pacientes que sufren determinadas afecciones. Por lo general, los lentes de contacto pueden ser médicamente necesarios y adecuados cuando su uso, en lugar de anteojos, resultará en una mejora significativa en la visión o en la función binocular, que incluye evitar la diplopía o la supresión. Puede determinarse que los lentes de contacto son médicamente necesarios para el tratamiento de ciertas afecciones, como el queratocono, la miopía patológica, la afaquia, la anisometropía, la aniridia, los trastornos corneales, los trastornos postraumáticos y el astigmatismo irregular, entre otras. Los lentes de contacto médicamente necesarios se despachan en lugar de anteojos. Los proveedores participantes obtendrán la autorización previa requerida para estos servicios.

3 El monto máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAA) es el monto que Health Net Health Plan of Oregon, Inc. utiliza para calcular lo que pagamos por el cuidado dental necesario brindado por un proveedor no participante. Health Net Health Plan of Oregon, Inc. determina el MAA sobre la base de los datos obtenidos de las tarifas que los proveedores generalmente cobran por los mismos servicios en las mismas áreas geográficas.

Los planes de seguro dental de PPO están asegurados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc. (DBP). Los planes de la vista están asegurados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y son brindados por Centene Vision Services. Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y Centene Vision Services son subsidiarias de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.