

# Beneficios suplementarios opcionales

Si usted está inscrito en Health Net Healthy Heart (HMO), tiene la opción de personalizar y mejorar su cobertura con un paquete de beneficios suplementarios opcionales. Por una prima mensual adicional, puede disfrutar de estos increíbles beneficios.



## ¿Cuándo puedo inscribirme?

Los nuevos afiliados tienen tiempo para inscribirse hasta finales del primer mes de la inscripción inicial. Los beneficios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente. Para ser elegible para recibir el paquete de beneficios suplementarios opcionales, debe continuar siendo afiliado del plan Health Net Healthy Heart (HMO). Si cancela su afiliación al plan, su afiliación al paquete de beneficios suplementarios opcionales se cancelará automáticamente.

Puede cancelar su afiliación a esta opción en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Health Net Healthy Heart (HMO), pero una vez que se cancele su afiliación, la reinscripción durante el mismo año calendario estará limitada. Los períodos de elección disponibles para afiliarse a los beneficios opcionales son del 15 de octubre de 2020 al 31 de diciembre de 2020, y la fecha de entrada en vigor será el 1 de enero de 2021, y del 1 de enero de 2021 al 31 de enero de 2021, y la fecha de entrada en vigor será el 1 de febrero de 2021.

Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.

# Health Net Enhanced Dental and Vision

Prima mensual adicional: \$15



## Servicios odontológicos preventivos e integrales

Incluye: servicios preventivos, de diagnóstico, de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia y servicios que no son de rutina.

Debe consultar a un proveedor de la red para este plan.

Servicios preventivos	
Exámenes bucales	Copago de \$0
Limpiezas (profilaxis)	Copago de \$0
Tratamiento con flúor	Copago de \$0
Rayos X dentales	Copago de \$0

Servicios integrales	
Servicios que no son de rutina	Copago de \$0
Servicios de diagnóstico	Copago de \$0 a \$15
Servicios de restauración	Copago de \$0 a \$300
Servicios de endodoncia	Copago de \$5 a \$275
Periodoncia	Copago de \$0 a \$375
Extracciones	Copago de \$15 a \$150
Prostodoncia	Copago de \$0 a \$2,250



## Beneficios oftalmológicos

Existe un máximo de beneficio anual de \$250 por año para anteojos (monturas y lentes o lentes de contacto).

Se aplican beneficios y límites adicionales.

Los cargos por proveedores fuera de la red no están cubiertos.

# Health Net Enhanced Dental & Vision FLEX

Prima mensual adicional: \$32



## Plan PPO de servicios odontológicos preventivos e integrales

**Máximo de beneficio anual:** \$1,000 total dentro y fuera de la red.

Incluye: servicios preventivos, servicios de diagnóstico, servicios generales y servicios importantes. Puede consultar a cualquier dentista con licencia para recibir los servicios cubiertos, pero pagará un poco más para atenderse con los proveedores fuera de la red.

Servicios preventivos	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes bucales	Paga un copago de \$0	Paga un copago de \$0
Limpiezas (profilaxis)	Paga un copago de \$0	Paga un copago de \$0
Tratamiento con flúor	Paga un copago de \$0	Paga un copago de \$0
Rayos X dentales	Paga un copago de \$0	Paga un copago de \$0

Servicios integrales	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios que no son de rutina	Paga un copago de \$0	Paga un copago de \$0
Servicios de diagnóstico	Paga un copago de \$0	Paga un copago de \$0
Servicios de restauración	Con cobertura del 80%	Con cobertura del 80%
Servicios de endodoncia	Con cobertura del 50%	Con cobertura del 50%
Periodoncia	Con cobertura del 50%	Con cobertura del 50%
Extracciones	Con cobertura del 50%	Con cobertura del 50%
Prostodoncia (dentaduras postizas, cirugía maxilofacial/bucal y otros servicios)	Con cobertura del 50%	Con cobertura del 50%



## Beneficios oftalmológicos

Existe un máximo de beneficio anual de \$250 por año para anteojos (monturas y lentes o lentes de contacto).

Se aplican beneficios y límites adicionales.

Los cargos por proveedores fuera de la red no están cubiertos.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-275-4737 (TTY: 711) para obtener más información.

Debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare. Los verdaderos términos y condiciones del plan de salud se establecen de manera completa en el documento de la Evidencia de Cobertura correspondiente.

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Health Net tiene un contrato con Medicare para los planes de HMO. La inscripción en Health Net depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los afiliados de Health Net, excepto en situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.

FLY042765SK00 (9/20)