

## Acerca de su plan

Una buena salud oral conduce a algo más que una sonrisa atractiva. Las investigaciones demuestran que la salud oral, los cuidados preventivos y las consultas regulares al dentista son parte integral para la salud general.<sup>1</sup>

El plan Humana Family Dental PPO está diseñado para personas que buscan mantener su salud bucal a través de exámenes y limpiezas dentales regulares. Los afiliados pueden maximizar los descuentos eligiendo uno de los más de 117,000 dentistas y especialistas\* de nuestra red nacional. No hay requisito de edad y nunca será rechazado por afecciones preexistentes. Su plan comienza el primer mes de elegibilidad para que sepa que está recibiendo el mejor valor por su dinero. Visite [Humana.com/Find-Care](https://Humana.com/Find-Care) para encontrar un dentista participante.

**Quién puede afiliarse a este plan:** Cualquier persona o familia puede solicitar este plan. Solo hay tres requisitos: vivir en los EE. UU., ser ciudadano estadounidense o tener nacionalidad estadounidense (o encontrarse en el país de manera legal) y no estar actualmente encarcelado. (<https://healthcare.gov/quick-guide/eligibility/>)

**Fecha de inicio del plan:** La fecha de inicio será el primer día del mes siguiente al día en que se afilió.

El plan Humana Family Dental PPO es un Plan de Salud Dental Acreditado asegurado por Humana Insurance Company, un emisor del Mercado de Seguros de Salud.

## Cómo funciona su plan

### Deducible anual

Este es el monto en dólares que usted paga por los servicios cubiertos cada año calendario antes de que el plan pague

#### Adultos

\$50

#### Infantil

\$75

#### Familiar

**Adultos:** \$100  
**Infantil:** \$150  
(Límite de 2 veces el deducible individual)

### Máximo anual

Esta es la cantidad máxima que el plan pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos

\$1,500

No hay un máximo anual

\$1,500 por persona adulta

### Cantidad máxima de desembolso personal

La cantidad máxima de desembolso personal por año calendario para una póliza con un niño cubierto es de \$350. La cantidad máxima de desembolso personal por año calendario para una póliza con dos o más niños cubiertos es de \$350 por niño individual o \$700 combinados para todos los niños.

## Servicios para el cuidado dental

### Clase I: Servicios de Diagnóstico y Preventivos

- Exámenes orales rutinarios (límite de una vez cada 6 meses)
- Exámenes periodontales (límite de una vez cada 6 meses)
- Radiografías de mordida (límite de una vez por fecha de servicio para una sola imagen; límite de un juego cada 6 meses por proveedor para 2 a 4 imágenes; no incluye radiografía de boca completa o panorámica)

#### Cobertura dentro de la red

Adultos -  
100% sin deducible  
Sin período de espera

Niños -  
100% sin deducible  
Sin período de espera

#### Cobertura fuera de la red†

Adultos -  
90% sin deducible  
Sin período de espera

Niños -  
90% sin deducible  
Sin período de espera

### Servicios para el cuidado dental (continuación)

	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red†
<b>Clase I: Servicios de Diagnóstico y Preventivos (continuación)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas (límite de una vez cada 6 meses)</li> <li>• Tratamiento tópico con fluoruro (límite de tres por período de 12 meses, barniz de flúor tópico)</li> <li>• Selladores (límite de uno por diente cada 36 meses, menores de 19 años)</li> </ul>	Adultos - 100% sin deducible Sin período de espera Niños - 100% sin deducible Sin período de espera	Adultos - 90% sin deducible Sin período de espera Niños - 90% sin deducible Sin período de espera
<b>Clase II: Servicios Generales, de Restauración y Quirúrgicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración menores</li> <li>• Empastes (límite de una vez por período de 12 meses por diente permanente; la resina compuesta está cubierta solo para los dientes delanteros/composite covered on front teeth only<sup>2</sup>)</li> <li>• Tratamiento paliativo del dolor dental: por consulta</li> </ul>	Adultos - 80% después del deducible Sin período de espera Niños - 80% después del deducible Sin período de espera	Adultos - 70% después del deducible Sin período de espera Niños - 70% después del deducible Sin período de espera
<b>Clase III: Servicios de Restauración, Endodoncia, Periodoncia y Prostodoncia Importantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrustaciones onlay (límite de un servicio por diente permanente cada cinco años, solo para adultos, mayores de 20 años)</li> <li>• Coronas (límite de un servicio por diente permanente cada cinco años, mayores de 13 años)</li> <li>• Endodoncia - conductos radiculares</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Escisión de lesión benigna (niños únicamente, menores de 19 años)</li> <li>• Extracción de raíces</li> <li>• Puentes (límite una vez cada cinco años, mayores de 13 años)</li> <li>• Dentaduras postizas incluidos reparaciones y ajustes</li> <li>• Periodoncia como limpiezas periodontales y terapia de encías (mayores de 13 años)</li> <li>• Cirugía oral simple y compleja</li> </ul>	Adultos - 50% después del deducible 6 período de espera de meses <sup>††</sup> Niños - 50% después del deducible Sin período de espera	Adultos - 50% después del deducible 6 período de espera de meses <sup>††</sup> Niños - 50% después del deducible Sin período de espera
<b>Clase IV: Servicios Necesarios por Razones Médicas<sup>3</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de ortodoncia como resultado de una malformación congénita o del desarrollo que esté relacionada con el paladar hendido con o sin labio hendido o que se desarrolle como resultado de esta afección.</li> </ul>	Adultos - No hay cobertura Niños - 50% después del deducible Sin período de espera	Adultos - No hay cobertura Niños - 50% después del deducible Sin período de espera

\* Según los datos de la red de Humana, último acceso de octubre del 2023.

† Los dentistas que se encuentran fuera de la red pueden facturarle por los cargos que sobrepasen la cantidad que cubre su Humana Family Dental PPO. Para asegurarse de que no reciba cargos adicionales, consulte a un dentista que se encuentre en nuestra red nacional. Para encontrar dentistas en la red, visite [Humana.com/Find-Care](https://www.humana.com/Find-Care). Se pueden aplicar períodos de espera y otras limitaciones; por favor consulte su póliza para obtener los detalles de cobertura.

†† Los titulares de pólizas que proporcionen prueba de cobertura dental comparable previa quedan exentos de este período de espera. Cobertura previa se define como un plan de seguro que ofrece cobertura y beneficios. Los planes de descuento no se consideran cobertura previa.

Un miembro de la familia cubierto recibirá beneficios para los servicios cubiertos una vez que haya alcanzado su deducible individual. El resto de los miembros de la familia cubiertos recibirán beneficios para los servicios cubiertos una vez que hayan alcanzado su deducible individual. El beneficio máximo anual para cada miembro adulto de la familia cubierto se muestra más arriba. Los niños menores de 19 años cubiertos por la póliza no tienen un máximo anual.

### Notas a pie de página

1. “Gum Diseases and Other Diseases,” American Academy of Periodontology, se consultó por última vez el 12 de octubre de 2023, <https://www.perio.org/for-patients/gum-disease-information/gum-disease-and-other-diseases/>
2. Los empastes compuestos (blancos) solo tienen cobertura en los dientes delanteros (frontales). Se permite un beneficio alterno para los empastes compuestos en los dientes posteriores (de atrás) cuando el plan cubrirá el costo de un empaste de amalgama (de plata) y el afiliado tiene la responsabilidad de todo costo que sobrepase la cantidad bajo cobertura.
3. La “Clase IV: Servicios Necesarios por Razones Médicas” implica beneficios cubiertos para niños menores de 19 años.

## Limitaciones y exclusiones

Este es un resumen de las limitaciones y las exclusiones para este plan dental individual de Humana. Está diseñado para una referencia conveniente. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. A menos que se especifique lo contrario, no se proveerá ningún beneficio por lo siguiente o a raíz de lo siguiente:

1. Cualquier gasto incurrido y pagado o reembolsado por un programa de compensación laboral o ley o decreto de enfermedad ocupacional.
2. Servicios:
  - a. Que son gratis o por los que una persona cubierta no tendría que pagar si no tuviera este seguro, a menos que los cargos se reciban del gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias según lo exige la ley y se reembolsen a estos;
  - b. Proporcionados por, o pagaderos según, cualquier plan o legislación a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid); o
  - c. Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida que contribuya o haya sido causada por:
  - a. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no;
  - b. Cualquier conflicto armado internacional; o
  - c. Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
5. Si no asiste a una cita con el proveedor.
6. Cualquier servicio que consideremos odontología estética a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental sufrida mientras la persona cubierta tenga cobertura de la póliza. Consideramos los siguientes servicios como odontología estética:
  - a. Revestimiento de coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide;
  - b. Cualquier servicio que se realice principalmente para mejorar la apariencia; o
  - c. Caracterizaciones y personalización de dispositivos protésicos.
7. Cargos por:
  - a. Elementos de precisión o semi precisión;
  - b. Sobredentaduras y cualquier tratamiento de endodoncia asociado con sobredentaduras; o
  - c. Otros elementos personalizados.
8. Cualquier servicio relacionado con:
  - a. La alteración de la dimensión vertical de los dientes;
  - b. La restauración o el mantenimiento de la oclusión;
  - c. Ferulización de dientes, incluidos los soportes múltiples, o cualquier servicio para estabilizar dientes periodontales débiles;
  - d. Sustitución de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
  - e. El registro de la mordida o análisis de la mordida.
9. Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.
10. Cargos por tratamiento realizado por otra persona que no sea el dentista, excepto el raspado y limpieza de dientes, y la aplicación tópica de flúor que pueden ser realizados por un higienista dental certificado. El tratamiento debe ser realizado bajo la supervisión y el asesoramiento de un dentista conforme a las normas dentales generalmente aceptadas.
11. Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Medicamentos recetados o premedicamentos, ya sean suministrados o recetados.
13. Cualquier servicio no mencionado específicamente en la sección “Beneficios Dentales para Adultos” y “Beneficios Dentales Pediátricos”, según corresponda.
14. Servicios que no son apropiados desde el punto de vista dental o que no cumplen con los estándares de cuidado generalmente aceptados dentro de la comunidad de proveedores dentales para tratar la afección dental particular, o que son de naturaleza experimental o de investigación.

## Limitaciones y exclusiones (continuación)

Este es un resumen de las limitaciones y las exclusiones para este plan dental individual de Humana. Está diseñado para una referencia conveniente. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. A menos que se especifique lo contrario, no se proveerá ningún beneficio por lo siguiente o a raíz de lo siguiente:

15. Servicios de ortodoncia a menos que se indique lo contrario en esta póliza. Los tratamientos de ortodoncia autoadministrados de pedido por correo, que no estén bajo la dirección de un proveedor, no están cubiertos.
16. Cualquier gasto incurrido antes de la fecha de vigencia de la póliza de la persona cubierta o después de la fecha en que termina la cobertura de la póliza de la persona cubierta.
17. Servicios brindados por alguien que vive normalmente en el hogar de la persona cubierta o que es miembro de su familia.
18. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico/analgesia, bases, recubrimiento pulpar, pruebas pulpares, servicios dentales temporales, modelos de estudio/moldes para diagnóstico, planes de tratamiento, preparación de tejidos asociada con el molde o la colocación de una restauración cuando se cobre como un servicio aparte y medicamentos desensibilizantes. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
21. Reparación o reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluido cualquier trastorno de la articulación temporomandibular, disfunción craneomandibular, craneomaxilar u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo, a menos que se indique lo contrario en esta póliza; o el tratamiento de los músculos faciales que se utilizan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.
23. Programas de control preventivo que incluyen, entre otros, instrucciones para higiene oral, control de sarro, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia.
24. El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal duplicado, perdido, robado, dañado o mal colocado.
25. Pruebas de susceptibilidad a las caries, análisis de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos patológicos orales.
26. Ostectomía/secuestrectomía parcial para la extirpación de hueso no vital.
27. Los siguientes servicios se consideran parte integral del servicio dental. Un cargo por separado por estos servicios no se considera un gasto cubierto.
  - a. Anestesia local;
  - b. Bases;
  - c. Recubrimiento pulpar;
  - d. Pruebas pulpares;
  - e. Modelos de estudio/moldes para diagnóstico;
  - f. Preparación de tejidos asociada con el molde o la colocación de una restauración;
  - g. Planes de tratamiento;
  - h. Óxido nítrico/analgesia;
  - i. Irrigación; y
  - j. Medicamentos desensibilizantes.
28. Los beneficios para evaluaciones periodontales están permitidos solo para personas cubiertas que muestren signos o síntomas de enfermedad periodontal y para personas cubiertas con factores de riesgo como tabaquismo, diabetes o problemas de salud relacionados. No se paga ningún beneficio cuando se realiza con una limpieza (profilaxis).
29. Los beneficios de los servicios de restauración se limitan de la siguiente manera:
  - a. Empastes. Varias restauraciones en el mismo diente que tienen una superficie superpuesta se consideran una restauración. Las restauraciones de resina compuesta solo se permiten en dientes anteriores. El beneficio alternativo de la amalgama para resina compuesta se permite en dientes premolares y molares. La persona cubierta será responsable de la diferencia de costo entre el empaste de resina compuesta y de amalgama para restauraciones de resina compuesta en dientes posteriores.; y

## Limitaciones y exclusiones (continuación)

Este es un resumen de las limitaciones y las exclusiones para este plan dental individual de Humana. Está diseñado para una referencia conveniente. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. A menos que se especifique lo contrario, no se proveerá ningún beneficio por lo siguiente o a raíz de lo siguiente:

- b. Las coronas prefabricadas de acero inoxidable no fundidas y las coronas estéticas de acero inoxidable y de resina se limitan a los dientes primarios que no se pueden restaurar adecuadamente con amalgama o resina compuesta. Las coronas estéticas de acero inoxidable y de resina se consideran un servicio alternativo y se pagarán como una corona de acero inoxidable prefabricada no fundida comparable. La persona cubierta será responsable de los gastos restantes incurridos.
30. La anestesia general o la sedación consciente deben ser administradas por un proveedor junto con un procedimiento quirúrgico oral cubierto o un procedimiento quirúrgico de endodoncia o periodontal seleccionado. También puede ser un servicio cubierto si la persona cubierta tiene una afección física, mental o médicamente comprometida documentada. La anestesia general/sedación consciente no estará cubierta para lo siguiente:
  - control del dolor, a menos que la anestesia local no sea eficaz o la persona sea alérgica a la anestesia local;
  - ansiedad/miedo
31. La colocación inicial de restauraciones fabricadas en laboratorio solo está cubierta cuando el diente, como resultado de una caries grande o una lesión traumática, no se puede restaurar con la colocación directa de empaste. No cubriremos el gasto incurrido por la retención con perno cuando se realiza junto con la reconstrucción del muñón.
32. Reemplazo de incrustaciones inlay, incrustaciones onlay, coronas u otras restauraciones fabricadas en laboratorio. La restauración importante existente podrá ser reemplazada únicamente si se cumple lo siguiente:
  - a. Han pasado al menos cinco años desde la inserción anterior y no sirve ni podrá servir.
  - b. Está dañada sin posibilidad de reparación como resultado de una lesión accidental (lesión no relacionada con la masticación) mientras se encuentra en la cavidad oral; o
  - c. La extracción de dientes que funcionan, sin incluir terceros molares o dientes que no están completamente en oclusión con un diente opuesto o una prótesis, requiere el reemplazo de la prótesis.
33. Para los servicios de endodoncia, cualquier prueba, radiografía, examen, prueba de laboratorio o cualquier otro cuidado de seguimiento se considera parte integral del tratamiento de conducto radicular y una tarifa separada por estos servicios no se considera un gasto cubierto.
34. Si se realiza un tratamiento de conducto radicular dentro de los 30 días posteriores a una pulpotomía, la pulpotomía no es un servicio cubierto, ya que se considera parte del procedimiento de conducto radicular y los beneficios no se pagan por separado.
35. Servicios de ortodoncia excepto para un niño, como se muestra en la sección “Beneficios Dentales Pediátricos/Infantiles”. La reparación y el reemplazo de aparatos de ortodoncia no están cubiertos. Además, los tratamientos de ortodoncia autoadministrados de pedido por correo, que no estén bajo la dirección de un proveedor, no están cubiertos.
36. Servicios para malformaciones congénitas o del desarrollo, que incluyen, entre otras, paladar hendido (con o sin labio hendido), malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte, fluorosis y anodoncia (falta de dientes de forma congénita), excepto aquellos servicios brindados a niños por defectos congénitos o anomalías de nacimiento diagnosticados médicamente.
37. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas las coronas o el dispositivo protésico adherido a este, incluida la extracción de implantes, excepto para un niño, como se muestra en la sección “Beneficios Dentales Pediátricos/Infantiles”. No se permitirá ningún beneficio si se determina que una prótesis o restauración estándar cubrirá la necesidad dental.

Asegurado por Humana Insurance Company.

Número de póliza: CA HUMD IND 2025

Las solicitudes están sujetas a una aprobación. Esta comunicación provee una descripción general de ciertos beneficios identificados como beneficios de seguros y no de seguros provistos bajo uno o más de uno de nuestros planes de beneficios de salud. Nuestros planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones y plazos bajo los cuales la cobertura puede continuar en vigor o interrumpirse. Para obtener información sobre los costos y detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o llame o escriba a su agente de seguros de Humana o a la compañía. En caso de cualquier desacuerdo entre esta comunicación y el documento del plan, el documento del plan regirá. Los planes no están disponibles en todos los estados.