

A continuación, se proporciona una lista exhaustiva de los servicios dentales cubiertos por este plan. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Las reclamaciones presentadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica e historia dental para aprobar la cobertura. Cualquier servicio recibido que no figure en la lista no estará cubierto por el plan y será responsabilidad del afiliado. El afiliado es responsable de cualquier cantidad que supere el límite de cobertura dental. Los beneficios se ofrecen por año calendario. Toda cantidad que no haya sido utilizada al final del año caducará.

Información de contacto

Afiliados: Para obtener información sobre sus beneficios dentales, llame al Servicio de atención al cliente de Humana Dental al **800-457-4708 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., en su zona horaria. Consulte **MyHumana.com** para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones dentales disponibles en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) de su plan. Para obtener una copia de este documento y otros recursos del plan, visite **Humana.com/sb**.

Proveedores: Para obtener información sobre sus beneficios dentales, llame al Servicio de atención a proveedores de Humana Dental al **800-833-2223**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Detalles adicionales del plan

- Los proveedores dentales de la red aceptaron proporcionar los servicios cubiertos a las tarifas contratadas según la lista de tarifas dentro de la red (INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado acude a un proveedor dental de la red participante, no se le pueden facturar cargos que superen la lista de tarifas negociadas (pero se sigue aplicando cualquier pago de coseguro aplicable).
- Los proveedores de servicios dentales fuera de la red no han aceptado proporcionar los servicios a las tarifas contratadas. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los máximos, limitaciones y/o exclusiones de los beneficios dentro de la red. El proveedor fuera de la red puede facturar a los afiliados cualquier cantidad superior al pago realizado por Humana al proveedor. Los proveedores de la red aceptan facturarnos directamente. Si un proveedor que no pertenece a nuestra red no está dispuesto a facturarnos directamente, es posible que el afiliado tenga que pagar por adelantado y presentar una solicitud de reembolso. El nivel de coseguro se aplicará a la lista de tarifas dentro de la red (INFS) promedio negociada en el área del afiliado.
- **Cuando visite a un proveedor dental fuera de la red, podría haber una diferencia entre el reembolso de Humana y los cargos del dentista. Los afiliados son responsables de esta diferencia cuando visitan a un proveedor fuera de la red; esto se conoce como facturación del saldo.**
- Humana es una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato. Los beneficios dentales de este plan utilizan una red dental PPO.

2025 DEN228

HumanaDental® Medicare Network

Deducible	\$0
Monto máximo anual	\$1,000
Períodos de espera	Ninguno

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Examen				
D0120	Evaluación oral periódica: paciente establecido	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	50%
Exámenes adicionales				
D0150	Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	Un código de procedimiento de este grupo cada tres años calendario	100%	50%
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido		100%	50%
Radiografías de mordida				
D0270	Radiografía de mordida: imagen radiográfica única	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	50%
D0272	Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas		100%	50%
D0273	Radiografía de mordida: tres imágenes radiográficas		100%	50%
D0274	Radiografía de mordida: cuatro imágenes radiográficas		100%	50%
Profilaxis (limpieza)				
D1110	Profilaxis adultos (eliminación de placa, sarro y manchas de las estructuras dentales e implantes en la dentición permanente y de transición. Su objetivo es controlar los factores irritativos locales.)	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	50%
Anestesia				
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	50%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Restauraciones (empastes)				
D2140	Amalgama: una superficie, dientes temporales o permanentes	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	50%	45%
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes temporales o permanentes		50%	45%
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes temporales o permanentes		50%	45%
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes temporales o permanentes		50%	45%
D2330	Composite a base de resina: una superficie, anterior (frontal)		50%	45%
D2331	Composite a base de resina: dos superficies, anterior (frontal)		50%	45%
D2332	Composite a base de resina: tres superficies, anterior (frontal)		50%	45%
D2335	Composite a base de resina: cuatro o más superficies (frontal)		50%	45%
D2391	Composite a base de resina: una superficie, posterior (atrás)		50%	45%
D2392	Composite a base de resina: dos superficies, posterior (atrás)		50%	45%
D2393	Composite a base de resina: tres superficies, posterior (atrás)		50%	45%
D2394	Composite a base de resina: cuatro o más superficies, posterior (atrás)		50%	45%

Terminología odontológica actual © 2025 Asociación Dental Estadounidense. Todos los derechos reservados.