

# 2026 DEN345

## HumanaDental® Medicare Network

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 monto que exceda la cantidad máximo anual de cobertura del beneficio. 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). El localizador de proveedores de nuestra red nacional se puede encontrar en **Humana.com/FindCare**.
- Este plan no ofrece cobertura fuera de la red.
- Humana es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage con un contrato Medicare. La afiliación en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato. Los beneficios dentales de este plan utilizan una red dental de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés).



# 2026 DEN345

HumanaDental® Medicare Network

Deducible	\$0
Monto máximo anual	\$3,000
Períodos de espera	Ninguno

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
<b>Examen</b>				
D0120	Evaluación oral periódica: paciente establecido	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	0%
<b>Examen de diagnóstico de emergencia</b>				
D0140	Evaluación oral limitada: centrada en el problema	Un código de procedimiento por año calendario	100%	0%
<b>Exámenes adicionales</b>				
D0150	Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	Un código de procedimiento de este grupo cada tres años calendario	100%	0%
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido		100%	0%
<b>Radiografías intraorales (dentro de la boca)</b>				
D0220	Radiografía intraoral: primera imagen radiográfica periapical	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D0230	Radiografía intraoral: cada imagen radiográfica periapical adicional		100%	0%
<b>Radiografías de boca completa y panorámicas</b>				
D0210	Radiografía intraoral: serie integral de imágenes radiográficas	Un código de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario	100%	0%
D0330	Imagen de radiografía panorámica		100%	0%
<b>Radiografías de mordida</b>				
D0270	Radiografía de mordida: imagen radiográfica única	Un código de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D0272	Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas		100%	0%
D0273	Radiografía de mordida: tres imágenes radiográficas		100%	0%
D0274	Radiografía de mordida: cuatro imágenes radiográficas		100%	0%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Profilaxis (limpieza)</b>				
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%	0%
<b>Anestesia: general (en conjunto con procedimientos extensos y/o complejos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)</b>				
D9222	Administración de sedación profunda/anestesia general (primer incremento de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	0%
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	0%
D9239	Administración de sedación moderada (intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	0%
D9243	Administración de sedación moderada (intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	0%
D9246	Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	0%
D9247	Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		100%	0%
<b>Anestesia: óxido nitroso/analgesia (en conjunto con los servicios cubiertos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)</b>				
D9230	Administración de óxido nitroso	Según sea necesario con los códigos cubiertos	100%	0%
<b>Restauraciones (empastes)</b>				
D2140	Amalgama: una superficie, dientes temporales o permanentes	Ilimitado	100%	0%
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes temporales o permanentes		100%	0%
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes temporales o permanentes		100%	0%
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes temporales o permanentes		100%	0%
D2330	Composite a base de resina: una superficie, anterior (frontal)		100%	0%
D2331	Composite a base de resina: dos superficies, anterior (frontal)		100%	0%

Código ADA	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
<b>Restauraciones (empastes) (continuación)</b>				
D2332	Composite a base de resina: tres superficies, anterior (frontal)	Ilimitado	100%	0%
D2335	Composite a base de resina: cuatro o más superficies (frontal)		100%	0%
D2391	Composite a base de resina: una superficie, posterior (atrás)		100%	0%
D2392	Composite a base de resina: dos superficies, posterior (atrás)		100%	0%
D2393	Composite a base de resina: tres superficies, posterior (atrás)		100%	0%
D2394	Composite a base de resina: cuatro o más superficies, posterior (atrás)		100%	0%
<b>Extracciones</b>				
D7140	Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	Ilimitado	100%	0%
D7210	Extracción de diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado		100%	0%
<b>Cirugía oral</b>				
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente recubierto en hueso		100%	0%
D7240	Extracción de diente impactado: completamente recubierto en hueso		100%	0%
D7250	Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)		100%	0%
D7284	Biopsia escisional de glándulas salivales menores		100%	0%
D7285	Biopsia incisional de tejido oral duro (hueso, diente)		100%	0%
D7286	Biopsia incisional de tejido oral blando		100%	0%
D7287	Recogida de muestras citológicas exfoliativas		100%	0%
D7288	Biopsia por cepillado: recogida de muestras transepiteliales		100%	0%
D7310	Alveoloplastia en combinación con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	0%
D7311	Alveoloplastia en combinación con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	0%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Cirugía oral (continuación)</b>				
D7320	Alveoloplastia no asociada a extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario	100%	0%
D7321	Alveoloplastia no asociada a extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante		100%	0%
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada		100%	0%
D7450	Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm		100%	0%
D7451	Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm		100%	0%
D7460	Extirpación de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm		100%	0%
D7461	Extirpación de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm		100%	0%
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico		100%	0%
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral		100%	0%
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)		100%	0%
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)		100%	0%
D7963	Frenuloplastia		100%	0%
D7970	Escisión de tejido hiperplásico: por arcada		100%	0%
D7971	Escisión de la encía pericoronar		100%	0%
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa		100%	0%
<b>Manejo del dolor</b>				
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental: por consulta	Dos códigos de procedimiento por año calendario	100%	0%
<b>Coronas</b>				
D2542	Incrustación onlay metálica: dos superficies	Uno por diente de por vida	100%	0%
D2543	Incrustación onlay metálica: tres superficies		100%	0%
D2544	Incrustación onlay metálica: cuatro o más superficies		100%	0%
D2642	Incrustación onlay de porcelana/cerámica: dos superficies		100%	0%
D2643	Incrustación onlay de porcelana/cerámica: tres superficies		100%	0%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Coronas (continuación)</b>				
D2644	Incrustación onlay de porcelana/cerámica: cuatro o más superficies	Uno por diente de por vida	100%	0%
D2662	Incrustación onlay de composite a base de resina: dos superficies		100%	0%
D2663	Incrustación onlay de composite a base de resina: tres superficies		100%	0%
D2664	Incrustación onlay de composite a base de resina: cuatro o más superficies		100%	0%
D2710	Corona: composite a base de resina (indirecto)		100%	0%
D2712	Corona: composite a base de resina 3/4 (indirecto)		100%	0%
D2720	Corona: resina con metal altamente noble		100%	0%
D2721	Corona: resina con metal predominantemente base		100%	0%
D2722	Corona: resina con metal noble		100%	0%
D2740	Corona: porcelana/cerámica		100%	0%
D2750	Corona: porcelana fundida con metal altamente noble		100%	0%
D2751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente base		100%	0%
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble		100%	0%
D2753	Corona: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio		100%	0%
D2780	Corona: 3/4 de metal fundido altamente noble		100%	0%
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente base		100%	0%
D2782	Corona: 3/4 de metal noble fundido		100%	0%
D2783	Corona: 3/4 porcelana/cerámica		100%	0%
D2790	Corona: fundición completa de metal altamente noble		100%	0%
D2791	Corona: fundición completa de metal predominantemente base		100%	0%
D2792	Corona: fundición completa de metal noble	100%	0%	
D2794	Corona: titanio y aleaciones de titanio	100%	0%	

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Recementado de corona</b>				
D2910	Recementado o readhesión de incrustaciones inlay y onlay, carillas o reconstitución de cobertura parcial	Un código de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario	100%	0%
D2915	Recementado o readhesión de perno y muñón fabricados indirectamente o prefabricados		100%	0%
D2920	Recementado o readhesión de corona		100%	0%
<b>Reconstrucción restaurativa (otros servicios) del muñón o perno y muñón prefabricados</b>				
D2950	Reconstrucción del muñón dental, incluye pernos cuando sea necesario	Uno por diente de por vida	100%	0%
D2952	Perno y muñón colados, además de corona, de fabricación indirecta		100%	0%
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente: el mismo diente		100%	0%
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de corona		100%	0%
D2957	Cada perno adicional prefabricado: el mismo diente		100%	0%
<b>Recementado de puente</b>				
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija	Un código de procedimiento cada cinco años calendario	100%	0%
<b>Servicios de endodoncia</b>				
D3310	Terapia endodóntica, diente anterior (excluida la restauración final)	Uno por diente de por vida	100%	0%
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (excluida la restauración final)		100%	0%
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (excluida la restauración final)		100%	0%
<b>Retratamiento endodóntico</b>				
D3346	Retratamiento de un tratamiento anterior de conducto radicular: anterior	Uno por diente de por vida	100%	0%
D3347	Retratamiento de un tratamiento anterior de conducto radicular: premolar		100%	0%
D3348	Retratamiento de un tratamiento anterior de conducto radicular: molar		100%	0%
<b>Alisado y raspado radicular periodontal</b>				
D4341	Alisado y raspado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante	Un código de procedimiento por cuadrante de este grupo cada tres años calendario	100%	0%
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal: de uno a tres dientes por cuadrante		100%	0%
<b>Raspado: inflamación gingival moderada</b>				
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, tras evaluación oral	Un código de procedimiento cada tres años calendario	100%	0%

<b>Código ADA</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Frecuencia/limitaciones</b>	<b>Cobertura dentro de la red</b>	<b>Cobertura fuera de la red</b>
<b>Mantenimiento periodontal</b>				
D4910	Mantenimiento periodontal	Cuatro códigos de procedimiento por año calendario	100%	0%
<b>Puentes: pónico</b>				
D6210	Pónico: metal altamente noble fundido	Un código de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario	100%	0%
D6211	Pónico: metal predominantemente base fundido		100%	0%
D6212	Pónico: metal noble fundido		100%	0%
D6214	Pónico: titanio y aleaciones de titanio		100%	0%
D6240	Pónico: porcelana fundida con metal altamente noble		100%	0%
D6241	Pónico: porcelana fundida con metal predominantemente base		100%	0%
D6242	Pónico: porcelana fundida con metal noble		100%	0%
D6243	Pónico: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio		100%	0%
D6245	Pónico: porcelana/cerámica		100%	0%
<b>Puentes: corona</b>				
D6740	Corona de anclaje: porcelana/cerámica	Dos códigos de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario	100%	0%
D6750	Corona de anclaje: porcelana fundida con metal altamente noble		100%	0%
D6751	Corona de anclaje: porcelana fundida con metal predominantemente base		100%	0%
D6752	Corona de anclaje: porcelana fundida con metal noble		100%	0%
D6753	Corona de anclaje: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio		100%	0%
D6790	Corona de anclaje: fundición completa de metal altamente noble		100%	0%
D6791	Corona de anclaje: fundición completa de metal predominantemente base		100%	0%
D6792	Corona de anclaje: fundición completa de metal noble		100%	0%
D6794	Corona de anclaje: titanio y aleaciones de titanio		100%	0%
<b>Ajustes oclusales (no cubiertos si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial)</b>				
D9951	Ajuste oclusal: limitado	Un código de procedimiento cada tres años calendario	100%	0%

Terminología odontológica actual © 2026 Asociación Dental Estadounidense. Todos los derechos reservados.

**Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:**

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas por los servicios cubiertos (el pago de coseguro continúa siendo aplicable).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no son beneficios cubiertos.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, independientemente de si haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
  - Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
  - 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.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Si no asiste a una cita con el dentista.
- Cualquier servicio que consideremos odontología estética, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental sufrida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos los siguientes procedimientos, entre otros, como servicios odontológicos estéticos:
  - Revestimiento de coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide;
  - Cualquier servicio para corregir una malformación congénita;
  - Cualquier servicio cuyo principal objetivo sea mejorar la apariencia;
  - Caracterizaciones y la personalización de los dispositivos protésicos; o
  - Cualquier procedimiento para cambiar el espaciado o la forma de los dientes;
- Cargos por:
  - Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas coronas o el dispositivo protésico adherido a la corona;
  - Aditamentos de precisión o semiprecisión;
  - Otros aditamentos personalizados;
  - Servicios dentales temporales o provisionales;
  - Cargos adicionales relacionados con los materiales o el equipo utilizado en la prestación del cuidado dental;
  - La extracción de cualquier implante, a menos que sea un servicio cubierto.

- Cualquier servicio relacionado con lo siguiente:
  - Alteración de la dimensión vertical de los dientes.
  - Restauración o mantenimiento de la oclusión.
  - Ferulización de dientes, incluidos múltiples soportes, o cualquier servicio para estabilizar un diente periodontalmente debilitado.
  - Reemplazo de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, atrición, erosión o abfracción.
  - Registro de mordida o análisis de mordida.
- Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.
- Cargos por tratamiento llevado a cabo por alguien que no sea un dentista, excepto para raspado, limpieza dental y aplicación tópica de flúor, los cuales puede realizarlos un higienista dental con licencia. El tratamiento se debe realizar bajo la supervisión del dentista, de acuerdo con las normas odontológicas generalmente aceptadas.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que no está mencionado específicamente en la información sobre la cobertura.
- Cualquier servicio que no es elegible para los beneficios basado en una revisión clínica; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios de ortodoncia.
- Servicios de corona de anclaje cuando la cobertura de puente no está incluida en el beneficio.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden el límite de reembolso para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Anestesia local, irrigación, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio/moldes de diagnóstico, planes de tratamiento, ajustes oclusales (superficies de mordedura o trituración de dientes molares y bicúspide) o preparación de tejidos asociada con el molde o la colocación de una restauración cuando se cobre como un servicio aparte. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
- Cualquier prueba, radiografía intraoperatoria, laboratorio, retiro de postes existentes, material de empaste, obturadores Thermafil y cualquier otro cuidado de seguimiento se considera parte integral de la terapia de conducto radicular. Un cargo por separado por estos servicios no se considera un gasto cubierto.
- Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
- Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluida cualquier disfunción de la articulación temporomandibular, disfunción craneomandibular, craneomaxilar u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.
- Los beneficios de cirugía oral en virtud de este plan no incluyen:
  - Ningún servicio de cirugía ortognática;
  - Ningún servicio de destrucción de lesiones por cualquier método;
  - Ningún servicio de trasplante dental;
  - Ningún servicio de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad oral;
  - Ningún servicio para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales;
  - Ningún cargo separado por cuidado pre y posoperatorio.

- La anestesia general o la sedación consciente no son servicios cubiertos, a menos que se basen en una revisión clínica de documentación proporcionada y administrada por un dentista o profesional de cuidado de la salud en conjunto con procedimientos quirúrgicos orales cubiertos, procedimientos quirúrgicos periodontales y óseos o procedimientos quirúrgicos perirradiculares para servicios cubiertos.
- No se cubre anestesia general o sedación consciente administradas debido a los siguientes motivos, entre otros:
  - Control del dolor a menos que se proporcione una alergia documentada a la anestesia local;
  - Ansiedad;
  - Miedo al dolor;
  - Manejo del dolor;
  - Incapacidad emocional para someterse a cirugía.
- 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.
- El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal duplicado, perdido, robado, dañado o extraviado.
- Cualquier prueba de susceptibilidad a las caries, análisis de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos patológicos orales.
- Los cargos separados por cuidado pre y postoperatorio y reevaluación dentro de los 12 meses no se consideran servicios cubiertos en virtud de los servicios periodontales quirúrgicos de este plan.
- No cubrimos servicios que, por lo general, se consideran servicios médicos, excepto aquellos específicamente indicados como cubiertos en la Información de cobertura.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.