

2026 DENB30

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). Consultar a un proveedor dentro de la red puede generar ahorros significativos. El localizador de proveedores de nuestra red nacional se puede encontrar en **Humana.com/FindCare**.
- Los proveedores de servicios dentales fuera de la red no han aceptado proporcionar los servicios a las tarifas contratadas. **El proveedor fuera de la red puede facturar al afiliado más de lo que paga el plan, incluso por los servicios enumerados sin costos compartidos para el afiliado. Los afiliados son responsables de esta diferencia entre el reembolso de Humana y los cargos del proveedor fuera de la red. Esto se conoce como "facturación del saldo"**. 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.
- 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.



2026 DENB30

HumanaDental® Medicare Network

| | |
|--------------------|---------|
| Deducible | \$0 |
| Monto máximo anual | \$3,500 |
| 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% | 100% |
| Examen de diagnóstico de emergencia | | | | |
| D0140 | Evaluación oral limitada: centrada en el problema | Un código de procedimiento por año calendario | 100% | 100% |
| Exámenes adicionales | | | | |
| D0150 | Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido | Un código de procedimiento de este grupo cada tres años calendario | 100% | 100% |
| D0180 | Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido | | 100% | 100% |
| Radiografías intraorales (dentro de la boca) | | | | |
| D0220 | Radiografía intraoral: primera imagen radiográfica periapical | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario | 100% | 100% |
| D0230 | Radiografía intraoral: cada imagen radiográfica periapical adicional | | 100% | 100% |
| Radiografías de boca completa y panorámicas | | | | |
| D0210 | Radiografía intraoral: serie integral de imágenes radiográficas | Un código de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario | 100% | 100% |
| D0330 | Imagen de radiografía panorámica | | 100% | 100% |
| Radiografías de mordida | | | | |
| D0270 | Radiografía de mordida: imagen radiográfica única | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario | 100% | 100% |
| D0272 | Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas | | 100% | 100% |
| D0273 | Radiografía de mordida: tres imágenes radiográficas | | 100% | 100% |
| D0274 | Radiografía de mordida: cuatro imágenes radiográficas | | 100% | 100% |

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

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

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

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

| Código ADA | Descripción del beneficio | Frecuencia/limitaciones | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|---|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| Recementado de corona | | | | |
| 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% | 100% |
| D2915 | Recementado o readhesión de perno y muñón fabricados indirectamente o prefabricados | | 100% | 100% |
| D2920 | Recementado o readhesión de corona | | 100% | 100% |
| Reconstrucción restaurativa (otros servicios) del muñón o perno y muñón prefabricados | | | | |
| D2950 | Reconstrucción del muñón dental, incluye pernos cuando sea necesario | Uno por diente de por vida | 100% | 100% |
| D2952 | Perno y muñón colados, además de corona, de fabricación indirecta | | 100% | 100% |
| D2953 | Cada perno adicional fabricado indirectamente: el mismo diente | | 100% | 100% |
| D2954 | Perno y muñón prefabricados, además de corona | | 100% | 100% |
| D2957 | Cada perno adicional prefabricado: el mismo diente | | 100% | 100% |
| Recementado de puente | | | | |
| D6930 | Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija | Un código de procedimiento cada cinco años calendario | 100% | 100% |
| Servicios de endodoncia | | | | |
| D3310 | Terapia endodóntica, diente anterior (excluida la restauración final) | Uno por diente de por vida | 100% | 100% |
| D3320 | Terapia endodóntica, diente premolar (excluida la restauración final) | | 100% | 100% |
| D3330 | Terapia endodóntica, diente molar (excluida la restauración final) | | 100% | 100% |
| Retratamiento endodóntico | | | | |
| D3346 | Retratamiento de un tratamiento anterior de conducto radicular: anterior | Uno por diente de por vida | 100% | 100% |
| D3347 | Retratamiento de un tratamiento anterior de conducto radicular: premolar | | 100% | 100% |
| D3348 | Retratamiento de un tratamiento anterior de conducto radicular: molar | | 100% | 100% |
| Alisado y raspado radicular periodontal | | | | |
| 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% | 100% |
| D4342 | Alisado y raspado radicular periodontal: de uno a tres dientes por cuadrante | | 100% | 100% |
| Raspado: inflamación gingival moderada | | | | |
| 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% | 100% |

| Código ADA | Descripción del beneficio | Frecuencia/limitaciones | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|--|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| Mantenimiento periodontal | | | | |
| D4910 | Mantenimiento periodontal | Cuatro códigos de procedimiento por año calendario | 100% | 100% |
| Dentaduras postizas completas (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación) | | | | |
| D5110 | Dentadura postiza completa: maxilar | Una dentadura completa superior e inferior o una dentadura postiza superior e inferior de inmediato cada cinco años calendario | 70% | 70% |
| D5120 | Dentadura postiza completa: mandibular | | 70% | 70% |
| D5130 | Dentadura postiza de inmediato: maxilar | | 70% | 70% |
| D5140 | Dentadura postiza de inmediato: mandibular | | 70% | 70% |
| Dentaduras postizas parciales removibles (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación) | | | | |
| D5211 | Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | Una dentadura postiza parcial superior e inferior cada cinco años calendario | 70% | 70% |
| D5212 | Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |
| D5213 | Dentadura postiza parcial maxilar: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |
| D5214 | Dentadura postiza parcial mandibular: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |
| D5221 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |
| D5222 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |
| D5223 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |

| Código ADA | Descripción del beneficio | Frecuencia/limitaciones | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|---|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| Dentaduras postizas parciales removibles (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación) (continuación) | | | | |
| D5224 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | Una dentadura postiza parcial superior e inferior cada cinco años calendario | 70% | 70% |
| D5225 | Dentadura postiza parcial maxilar: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |
| D5226 | Dentadura postiza parcial mandibular: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |
| D5227 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |
| D5228 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) | | 70% | 70% |
| D5282 | Dentadura postiza parcial removible unilateral: metal fundido de una pieza (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes), maxilar | | 70% | 70% |
| D5283 | Dentadura postiza parcial removible unilateral: metal fundido de una pieza (incluidos los materiales retentivos/sujeción, los apoyos y los dientes), mandibular | | 70% | 70% |
| Otras dentaduras postizas parciales removibles (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación) | | | | |
| D5284 | Dentadura postiza parcial removible unilateral: base flexible de una pieza (incluidos los materiales retentivos/sujeción, los apoyos y los dientes): por cuadrante | Un código de procedimiento por cuadrante de este grupo cada cinco años calendario | 70% | 70% |
| D5286 | Dentadura postiza parcial removible unilateral: resina de una sola pieza (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes): por cuadrante | | 70% | 70% |

| Código ADA | Descripción del beneficio | Frecuencia/limitaciones | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red | |
|--|--|---|---|----------------------------------|------|
| Ajustes de la dentadura postiza (no cubiertos si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial) | | | | | |
| D5410 | Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario | 100% | 100% | |
| D5411 | Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular | | 100% | 100% | |
| D5421 | Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar | | 100% | 100% | |
| D5422 | Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular | | 100% | 100% | |
| Reparaciones a dentaduras postizas (no cubiertos si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial) | | | | | |
| D5511 | Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario | 100% | 100% | |
| D5512 | Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar | | 100% | 100% | |
| D5520 | Sustitución de dientes perdidos o rotos: dentadura postiza completa (por diente) | | 100% | 100% | |
| D5611 | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular | | 100% | 100% | |
| D5612 | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar | | 100% | 100% | |
| D5621 | Reparación de estructura parcial fundida, mandibular | | 100% | 100% | |
| D5622 | Reparación de estructura parcial fundida, maxilar | | 100% | 100% | |
| D5630 | Reparación o sustitución de materiales retentivos/de sujeción rotos: por diente | | 100% | 100% | |
| D5640 | Sustitución de dientes perdidos o rotos: dentadura postiza parcial (por diente) | | 100% | 100% | |
| D5650 | Colocación de un diente en la dentadura postiza parcial existente (por diente) | | 100% | 100% | |
| D5660 | Colocación de injerto de metal en dentadura postiza parcial existente: por diente | | 100% | 100% | |
| D5670 | Sustitución de todos los dientes y acrílico sobre estructura metálica fundida (maxilar) | | 100% | 100% | |
| D5671 | Sustitución de todos los dientes y acrílico sobre estructura metálica fundida (mandibular) | | 100% | 100% | |
| Rebase de la dentadura postiza (no cubierto si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial) | | | | | |
| D5710 | Reemplazo del material de base de dentadura postiza maxilar completa | | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario | 100% | 100% |
| D5711 | Reemplazo del material de base de dentadura postiza mandibular completa | 100% | | 100% | |
| D5720 | Reemplazo del material de base de dentadura postiza parcial maxilar | 100% | | 100% | |

| Código ADA | Descripción del beneficio | Frecuencia/limitaciones | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| Rebase de la dentadura postiza (no cubierto si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial) (continuación) | | | | |
| D5721 | Reemplazo del material de base de dentadura postiza parcial mandibular | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario | 100% | 100% |
| D5725 | Reemplazo del material de base de prótesis híbrida | | 100% | 100% |
| Revestimiento de la dentadura postiza (no se permite en dentaduras postizas de repuesto o si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial) | | | | |
| D5730 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directa) | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario | 100% | 100% |
| D5731 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directa) | | 100% | 100% |
| D5740 | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directa) | | 100% | 100% |
| D5741 | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directa) | | 100% | 100% |
| D5750 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecta) | | 100% | 100% |
| D5751 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecta) | | 100% | 100% |
| D5760 | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecta) | | 100% | 100% |
| D5761 | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecta) | | 100% | 100% |
| Acondicionamiento tisular (no cubiertos si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial) | | | | |
| D5850 | Acondicionamiento de tejido, maxilar | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario | 100% | 100% |
| D5851 | Acondicionamiento de tejido, mandibular | | 100% | 100% |
| Puentes: pónico | | | | |
| D6210 | Pónico: metal altamente noble fundido | Un código de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario | 70% | 70% |
| D6211 | Pónico: metal predominantemente base fundido | | 70% | 70% |
| D6212 | Pónico: metal noble fundido | | 70% | 70% |
| D6214 | Pónico: titanio y aleaciones de titanio | | 70% | 70% |
| D6240 | Pónico: porcelana fundida con metal altamente noble | | 70% | 70% |
| D6241 | Pónico: porcelana fundida con metal predominantemente base | | 70% | 70% |
| D6242 | Pónico: porcelana fundida con metal noble | | 70% | 70% |
| D6243 | Pónico: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | | 70% | 70% |
| D6245 | Pónico: porcelana/cerámica | | 70% | 70% |

| Código ADA | Descripción del beneficio | Frecuencia/limitaciones | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| Puentes: corona | | | | |
| D6740 | Corona de anclaje: porcelana/cerámica | Dos códigos de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario | 70% | 70% |
| D6750 | Corona de anclaje: porcelana fundida con metal altamente noble | | 70% | 70% |
| D6751 | Corona de anclaje: porcelana fundida con metal predominantemente base | | 70% | 70% |
| D6752 | Corona de anclaje: porcelana fundida con metal noble | | 70% | 70% |
| D6753 | Corona de anclaje: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | | 70% | 70% |
| D6790 | Corona de anclaje: fundición completa de metal altamente noble | | 70% | 70% |
| D6791 | Corona de anclaje: fundición completa de metal predominantemente base | | 70% | 70% |
| D6792 | Corona de anclaje: fundición completa de metal noble | | 70% | 70% |
| D6794 | Corona de anclaje: titanio y aleaciones de titanio | | 70% | 70% |
| Ajustes oclusales (no cubiertos si no han transcurrido seis meses desde la colocación inicial) | | | | |
| D9951 | Ajuste oclusal: limitado | Un código de procedimiento cada tres años calendario | 100% | 100% |

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).
- Colocación inicial o reemplazo de una dentadura postiza anterior que no sirva y que no pueda repararse. Las dentaduras postizas de repuesto no están cubiertas.
- El revestimiento dental puede no ser cubierto dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- Los ajustes dentales pueden no ser cubiertos dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- 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.