

Siéntase bien al elegir un plan HumanaDental

El plan dental HumanaDental HS Series le brinda cobertura en cualquier circunstancia. Ya sea que usted solo necesite cuidado dental rutinario o un tratamiento dental inesperado, usted sabe qué esperar con HumanaDental.

- Sin períodos de espera
- Sin necesidad de presentar reclamaciones
- Sin máximos anuales

Utilice sus beneficios de HumanaDental

Luego de inscribirse en un plan y recibir su tarjeta de identificación, puede manejar su información del plan en su página inicial personal en es-www.humana.com.

- Usted es libre de seleccionar a cualquier dentista general participante como su dentista de cuidado primario. Para seleccionar a un proveedor dental de nuestra red, simplemente visite es-www.humana.com. Allí también puede revisar sus beneficios, enviarnos correos electrónicos y obtener una tarjeta de identificación nueva o temporal. Si lo prefiere, comuníquese con nosotros al 1-800-342-5209.
- ¡Una vida sin formularios de reclamación! Con el plan HumanaDental Prepaid usted le paga directamente a su dentista, cuando corresponda.
- Su dentista de cuidado primario proveerá todo su cuidado dental rutinario y usted pagará cualquier copago o cargos con descuento en el momento del servicio.

Una buena salud comienza con una boca sana

Dé prioridad a las consultas dentales

Una de las primeras líneas de defensa en la salud general es el cuidado dental. Las limpiezas dentales regulares pueden ayudar a controlar problemas en el cuerpo, como enfermedad del corazón, diabetes y derrame cerebral. El plan HumanaDental Prepaid le permite cuidar mejor sus dientes y pagar menos al hacerlo.

Consejos para lograr una boca sana

- Utilice un cepillo dental de cerdas suaves
- Elija pasta dental con flúor
- Cepílese los dientes durante al menos dos minutos dos veces al día
- Use hilo dental todos los días
- Preste atención a los signos de enfermedad periodontal, tales como enrojecimiento, hinchazón o sensibilidad de las encías
- Consulte a un dentista regularmente para exámenes y limpiezas



¿Preguntas?

Visite espanol.humana.com

Llame al **1-800-233-4013**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. (TDD: 1-800-325-2025).

Para ver las exclusiones y limitaciones, consulte la Guía de información técnica y regulatoria de beneficios de especialidad, disponible en Disclosure.Humana.com.

Los planes HumanaDental Prepaid se enfocan en el mantenimiento de la salud oral, la prevención y la limitación de costos. Los afiliados pueden consultar a un dentista de cuidado primario con tanta frecuencia como sea necesario. No existen máximos anuales, no se deben alcanzar deducibles y no hay períodos de espera. Los copagos de los planes HS para los procedimientos detallados se aplican solo para un dentista general participante o para un especialista participante.

Un dentista de cuidado primario (PCD, por sus siglas en inglés) puede decidir que un afiliado necesita consultar a un especialista dental contratado. No es necesario un referido para consultar a un especialista de la red.

Servicios de dentistas especialistas: Si un afiliado necesita servicios de dentistas especialistas (por ejemplo, un endodoncista, cirujano oral, periodoncista, dentista pediátrico), su dentista general participante lo puede referir, o el afiliado puede referirse a sí mismo a cualquier especialista participante. Visite es-www.humana.com para encontrar un especialista participante.

Resumen de servicios

Los servicios marcados con un solo asterisco (*) a continuación también requieren pago separado de cargos de laboratorio. Los cargos de laboratorio deben pagarse al dentista del plan, además de cualquier copago por servicio aplicable.

Citas	El afiliado paga
D9310 Consultas (los servicios de diagnóstico suministrados por un dentista que no sea el profesional que brinda tratamiento)	\$ 45.00
D9430 Visita al consultorio (durante el horario normal)	\$ 15.00
D9440 Visita al consultorio (fuera del horario normal)	\$ 55.00
D9986 Cita incumplida	\$ 10.00
D9987 Cita cancelada	\$ 10.00
D9999 Visita de emergencia durante el horario regular programado, por informe	\$ 20.00

Diagnóstico	El afiliado paga
D0120 Examen oral periódico (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0140 Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva	sin cargo
D0145 Evaluación oral para un paciente menor de 3 años de edad y asesoramiento con el cuidador principal ..	sin cargo
D0150 Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0160 Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva	sin cargo
D0170 Reevaluación: enfocada en un problema (no una visita posoperatoria)	sin cargo
D0180 Evaluación periodontal integral (límite de dos veces en 12 meses calendario)	\$ 35.00
D0210 Radiografía intraoral - serie completa de imágenes radiográficas (una vez cada tres años calendario) ...	sin cargo
D0220 Radiografía intraoral, periapical, primera imagen radiográfica	sin cargo
D0230 Radiografía intraoral - periapical, cada imagen radiográfica adicional	sin cargo
D0240 Radiografía intraoral, imagen radiográfica oclusal ...	sin cargo
D0250 Extraoral - imagen radiográfica de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria, y detector	sin cargo
D0270 Radiografía de mordida—una sola imagen radiográfica (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0272 Radiografías de mordida - dos imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0273 Radiografías de mordida - tres imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo

D0274 Radiografías de mordida - cuatro imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0277 Radiografías de mordida, verticales - siete a ocho imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0330 Radiografía panorámica (una cada tres años calendario)	sin cargo
D0350 Imágenes fotográficas bucales/faciales	sin cargo
D0415 Obtención de muestra de microorganismos para cultivo y sensibilidad	sin cargo
D0425 Pruebas de propensión a las caries	sin cargo
D0431 Prueba de detección de cáncer bucal utilizando una fuente de luz especial	\$ 70.00
D0460 Pruebas de vitalidad pulpar (no están cubiertas si se hace un tratamiento de conducto)	sin cargo
D0470 Moldes de diagnóstico	sin cargo
D0472 Informe patológico, examen general de la lesión ...	sin cargo
D0473 Informe patológico - examen microscópico de la lesión	sin cargo
D0474 Informe patológico - examen microscópico de la lesión y el área	sin cargo

Preventivo	El afiliado paga
D1110 Profilaxis - adultos, rutinaria (límite de dos cada 12 meses calendario, a cargo del dentista de cuidado primario)	sin cargo
D1120 Profilaxis - niños, rutinaria (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D1206 Aplicación tópica de barniz de flúor (para niños menores de 16 años de edad) (límite de dos cada 12 meses calendario)	sin cargo
D1208 Aplicación tópica de flúor - excluido el barniz (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D1310 Asesoramiento nutricional para controlar enfermedades dentales	sin cargo
D1320 Servicios de asesoramiento sobre el uso de tabaco para el control o prevención de enfermedades orales	sin cargo
D1321 Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos para la salud bucodental, conductual y sistémica asociados al consumo de sustancias de alto riesgo	sin cargo
D1330 Instrucciones para la higiene oral	sin cargo
D1351 Sellador - por diente (solo dientes permanentes hasta los 16 años de edad)	\$ 20.00

D1510*	Mantenedor de espacio - fijo, unilateral - por cuadrante (hasta los 14 años de edad)	\$ 95.00
D1516*	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, maxilar (hasta los 14 años de edad)	\$ 135.00
D1517*	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, mandibular (hasta los 14 años de edad)	\$ 135.00
D1520*	Mantenedor de espacio - removible, unilateral - por cuadrante (hasta los 14 años de edad)	\$ 105.00
D1526*	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, maxilar (hasta los 14 años de edad)	\$ 115.00
D1527*	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, mandibular (hasta los 14 años de edad)	\$ 115.00
D1551	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral - maxilar	\$ 20.00
D1552	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral - mandibular	\$ 20.00
D1553	Recementado o refijación de mantenedor de espacio unilateral - por cuadrante	\$ 20.00
D1575	Mantenedor de espacio de zapatilla distal: fijo unilateral, por cuadrante (hasta los 14 años, dientes primarios solamente)	\$ 205.00

Servicios de restauración El afiliado paga

D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	\$ 30.00
D2150	Amalgama - dos superficies, diente primario o permanente	\$ 35.00
D2160	Amalgama - tres superficies, diente primario o permanente	\$ 40.00
D2161	Amalgama - cuatro superficies o más, diente primario o permanente	\$ 45.00
D2940	Colocación de restauración directa provisional	\$ 25.00

Resina restaurativa

(incrustaciones inlay y onlay limitadas a una por diente cada cinco años)

El afiliado paga

D2330	Compuesto con base de resina, una superficie, anterior	\$ 45.00
D2331	Compuesto con base de resina, dos superficies, anterior	\$ 60.00
D2332	Compuesto a base de resina - tres superficies, anterior	\$ 75.00
D2335	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, anterior	\$ 95.00
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior	\$ 90.00
D2391	Compuesto con base de resina, una superficie, posterior	\$ 70.00
D2392	Compuesto a base de resina - dos superficies, posterior	\$ 90.00
D2393	Compuesto a base de resina - tres superficies, posterior	\$ 110.00
D2394	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, posterior	\$ 130.00
D2510*	Incrustación inlay, metal, una superficie	\$ 345.00
D2520*	Incrustación inlay, metal, dos superficies	\$ 355.00
D2530*	Incrustación inlay, metal, tres superficies o más	\$ 365.00
D2542*	Incrustación onlay, metal, dos superficies	\$ 370.00
D2543*	Incrustación onlay, metal, tres superficies	\$ 380.00
D2544*	Incrustación onlay, metal, cuatro superficies o más	\$ 390.00
D2610*	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, una superficie	\$ 370.00
D2620*	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, dos superficies	\$ 380.00

D2630*	Incrustación inlay - porcelana/cerámica, tres superficies o más	\$ 390.00
D2642*	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, dos superficies	\$ 395.00
D2643*	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, tres superficies	\$ 405.00
D2644*	Incrustación onlay - porcelana/cerámica, cuatro superficies o más	\$ 415.00
D2650*	Incrustación inlay, compuesto con base de resina, una superficie	\$ 345.00
D2651*	Incrustación inlay, compuesto con base de resina, dos superficies	\$ 355.00
D2652*	Incrustación inlay - compuesto a base de resina, tres superficies o más	\$ 365.00
D2662*	Incrustación onlay, compuesto con base de resina, dos superficies	\$ 370.00
D2663*	Incrustación onlay, compuesto con base de resina, tres superficies	\$ 380.00
D2664*	Incrustación onlay - compuesto a base de resina, cuatro superficies o más	\$ 410.00

Corona y puente

(límite de 1 por diente cada cinco años)

El afiliado paga

D2710*	Corona, compuesto con base de resina, indirecto	\$ 410.00
D2712*	Corona, compuesto de 3/4 a base de resina, indirecto	\$ 410.00
D2720*	Corona, resina con metal muy noble	\$ 410.00
D2721	Corona, resina con metal predominantemente básico	\$ 410.00
D2722*	Corona, resina con metal noble	\$ 410.00
D2740*	Corona, porcelana/cerámica	\$ 410.00
D2750*	Corona, porcelana fusionada con metal muy noble	\$ 410.00
D2751	Corona - porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$ 410.00
D2752*	Corona, porcelana fusionada con metal noble	\$ 410.00
D2753*	Corona - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$ 410.00
D2780*	Corona, 3/4 de metal muy noble fundido	\$ 410.00
D2781	Corona, 3/4 de metal predominantemente básico colado	\$ 410.00
D2782*	Corona, 3/4 de metal noble colado	\$ 410.00
D2783*	Corona, 3/4 de porcelana/cerámica	\$ 410.00
D2790*	Corona, metal muy noble completamente fundido	\$ 410.00
D2791	Corona, metal predominantemente básico completamente colado	\$ 410.00
D2792*	Corona, metal noble completamente fundido	\$ 410.00
D2794*	Corona - titanio y aleación de titanio	\$ 410.00
D2799	Corona provisional - tratamiento posterior o necesario completar el diagnóstico antes de la impresión final	sin cargo
D2910	Recementado o refijación de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla o restauración con cobertura parcial	\$ 25.00
D2915	Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	sin cargo
D2920	Recementado o refijación de corona	\$ 25.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente permanente	\$ 110.00
D2929	Corona - corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario	\$ 110.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	\$ 110.00

D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada - diente permanente	\$ 35.00
D2932	Corona prefabricada de resina	\$ 110.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$ 110.00
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con revestimiento estético - diente primario	\$ 110.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluyendo pernos	\$ 80.00
D2951	Retención de pernos - por diente, además de la restauración	\$ 25.00
D2952*	Poste y muñón fundido, además de la corona	\$ 175.00
D2953*	Cada poste colado adicional, mismo diente	\$ 140.00
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	\$ 120.00
D2955	Extracción de poste (no junto con terapia endodóntica)	\$ 20.00
D2957	Cada poste prefabricado adicional - mismo diente, poste de metal básico	\$ 45.00
D2960	Carilla labial (laminado de resina): directa	\$ 290.00
D2961*	Carilla labial (laminado de resina): indirecta	\$ 425.00
D2962*	Carilla labial (laminado de porcelana) - indirecta	\$ 475.00
D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona para que encaje bajo la estructura de una dentadura postiza parcial existente	\$ 70.00
D2980	Reparación de corona debido a falla del material de restauración	\$ 25.00
D2981	Reparación de incrustación inlay debido a falla del material de restauración	\$ 25.00
D2982	Reparación de incrustación onlay debido a falla del material de restauración	\$ 25.00
D2983	Reparación de carilla debido a falla del material de restauración	\$ 25.00
D6940	Rompefuerza	\$ 170.00
D6950	Aditamento de precisión, separado de prótesis	\$ 220.00

Prostodoncia (fija)

(reemplazo limitado a cada cinco años, ajustes una vez al año)		El afiliado paga
D6210*	Puente fijo - metal muy noble fundido	\$ 410.00
D6211	Puente fijo - metal predominantemente básico fundido	\$ 410.00
D6212*	Puente fijo - metal noble fundido	\$ 410.00
D6240*	Puente fijo - porcelana fundida con metal muy noble	\$ 410.00
D6241	Puente fijo - porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$ 410.00
D6242*	Puente fijo - porcelana fundida con metal noble	\$ 410.00
D6243*	Puente fijo - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$ 410.00
D6750*	Corona de anclaje - porcelana fundida con metal muy noble	\$ 410.00
D6751	Corona de anclaje - porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$ 410.00
D6752*	Corona de anclaje - porcelana fundida con metal noble	\$ 410.00
D6753*	Corona - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$ 410.00
D6790*	Corona de anclaje - metal muy noble completamente fundido	\$ 410.00
D6791	Corona de anclaje - metal predominantemente básico completamente fundido	\$ 410.00
D6792*	Corona de anclaje - metal noble completamente fundido	\$ 410.00

D6794*	Corona de anclaje - titanio y aleación de titanio	\$ 410.00
D6930	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija (por unidad)	\$ 45.00

Prostodoncia

(reemplazo limitado a cada cinco años)		El afiliado paga
D5110*	Dentadura postiza completa, maxilar	\$ 550.00
D5120*	Dentadura postiza completa, mandibular	\$ 550.00
D5130*	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$ 550.00
D5140*	Dentadura postiza inmediata, mandibular	\$ 550.00
D5211*	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 495.00
D5212*	Dentadura postiza parcial mandibular, con base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 495.00
D5213*	Dentadura postiza parcial maxilar - metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 525.00
D5214*	Dentadura postiza parcial mandibular - metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 525.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 385.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 385.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - estructura de metal con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 605.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - estructura de metal con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 605.00
D5225*	Dentadura postiza parcial superior - flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 525.00
D5226*	Dentadura postiza parcial inferior - flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	\$ 525.00
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	\$ 525.00
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluye ganchos, apoyos y dientes)	\$ 525.00
D5282*	Dentadura postiza parcial unilateral removible - metal de una pieza (materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	\$ 445.00
D5283*	Dentadura postiza parcial unilateral removible - metal de una pieza (materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular	\$ 445.00
D5284*	Dentadura postiza parcial unilateral removible - base flexible de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - por cuadrante	\$ 445.00
D5286*	Dentadura postiza parcial unilateral removible - resina de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - por cuadrante	\$ 445.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	\$ 25.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	\$ 25.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	\$ 25.00

D5422 Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular \$ 25.00
 D5660* Adición de gancho a dentadura postiza parcial
 existente - por diente \$ 110.00

Endodoncia

(cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida)

El afiliado paga

D3110 Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final) \$ 25.00
 D3120 Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final) \$ 20.00
 D3220 Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) \$ 65.00
 D3221 Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (no se debe usar cuando se hace un conducto radicular el mismo día) \$ 135.00
 D3230 Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente anterior primario (no incluye restauración final) \$ 65.00
 D3240 Terapia pulpar (empaste reabsorbible) - diente posterior primario (no incluye restauración final) \$ 100.00
 D3310 Tratamiento de conducto radicular - anterior (no incluye restauración final) \$ 175.00
 D3320 Tratamiento endodóntico - diente premolar (no incluye restauración final) \$ 270.00
 D3330 Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauración final) \$ 390.00
 D3331 Tratamiento de obstrucción de conducto radicular - acceso no quirúrgico \$ 110.00
 D3332 Terapia endodóntica incompleta - diente que no se puede operar o fracturado \$ 110.00
 D3333 Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente \$ 120.00
 D3351 Apexificación/recalcificación - consulta inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.) \$ 140.00
 D3352 Apexificación/recalcificación - reemplazo de medicamento provisional (incluye radiografías necesarias) \$ 100.00
 D3353 Apexificación/recalcificación: consulta final (incluye las radiografías necesarias) \$ 140.00
 D3410 Apicectomía - anterior \$ 210.00
 D3421 Apicectomía - premolar (primera raíz) \$ 220.00
 D3425 Apicectomía - molar (primera raíz) \$ 220.00
 D3426 Apicectomía (cada raíz adicional) \$ 90.00
 D3430 Empaste retrógrado, por raíz \$ 55.00
 D3450 Amputación de raíz - por raíz (no se cubre junto con el procedimiento D3920) \$ 130.00
 D3910 Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma \$ 50.00
 D3920 Hemisección no incluida en el tratamiento de conducto \$ 120.00
 D3950 Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado \$ 25.00

Periodoncia (tratamiento para las encías) El afiliado paga

D4210 Gingivectomía/gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos, por cuadrante \$ 195.00
 D4211 Gingivectomía/gingivoplastia - uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos, por cuadrante \$ 100.00
 D4240 Colgajo gingival, incluido el alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante \$ 220.00

D4241 Colgajo gingival, incluido alisado radicular - uno a tres dientes por cuadrante \$ 150.00
 D4245 Colgajo de reposición apical \$ 225.00
 D4249 Alargamiento clínico de corona, tejido duro \$ 220.00
 D4260 Cirugía ósea (incluye elevación de colgajo de espesor completo y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos por cuadrante \$ 425.00
 D4261 Cirugía ósea (incluye elevación de colgajo de espesor completo y cierre) - uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos, por cuadrante \$ 400.00
 D4263 Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio del cuadrante \$ 290.00
 D4264 Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional del cuadrante \$ 200.00
 D4265 Materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejido blando y óseo, por sitio \$ 135.00
 D4266 Regeneración tisular guiada, diente natural - barrera reabsorbible, por sitio \$ 360.00
 D4267 Regeneración tisular guiada, diente natural - barrera no reabsorbible, por sitio \$ 425.00
 D4270 Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando \$ 335.00
 D4273 Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye el sitio quirúrgico del donante y del receptor) - primer diente, implante, o posicionamiento de diente faltante en el injerto \$ 425.00
 D4274 Procedimiento de acuñamiento mesial/distal: diente individual (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica) \$ 120.00
 D4275 Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el sitio receptor y el material del donante) - primer implante, o posicionamiento de diente faltante en el injerto \$ 460.00
 D4277 Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluido el sitio quirúrgico del donante y del receptor) primer diente, implante o posicionamiento de diente faltante en el injerto \$ 340.00
 D4278 Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluido el sitio quirúrgico del donante y del receptor) cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente faltante adicional en el mismo sitio de injerto \$ 170.00
 D4283 Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye el sitio quirúrgico del donante y del receptor) - cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente faltante adicional en el mismo sitio de injerto \$ 255.00
 D4285 Procedimiento de injerto no autógeno de tejido conectivo, (incluye el sitio quirúrgico del receptor y material del donante) - cada diente contiguo adicional, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio del injerto \$ 276.00
 D4322 Férula - intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas \$ 135.00
 D4323 Férula - extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas \$ 115.00
 D4341 Alisado y raspado radicular periodontal, cuatro o más dientes por cuadrante (limitado a un máximo de cuatro (4) cuadrantes en cualquier combinación, cada 24 meses calendario) \$ 85.00

D4342	Alisado y raspado radicular periodontal, uno a tres dientes por cuadrante (un máximo de cuatro cuadrantes se pagarán en cualquier combinación, cada 24 meses calendario)	\$ 70.00
D4346	Alisado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - boca completa, después de la evaluación oral (este servicio reducirá la cantidad de limpiezas disponibles según D1110 y/o D1120)	\$ 80.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir evaluación periodontal integral y diagnóstico en una consulta posterior (una vez cada cinco años) ...	\$ 80.00
D4381	Colocación localizada de agentes quimioterapéuticos (por diente) (límite de una vez por diente cada 12 meses hasta un máximo de tres sitios dentales por cuadrante, y realizada no menos de tres meses después del tratamiento periodontal activo)	\$ 70.00
D4910	Mantenimiento periodontal (cubierto solo después de terapia periodontal activa).....	\$ 70.00

Extracciones/cirugía bucal y maxilofacial El afiliado paga

D7111	Extracción, remanentes coronarios - diente primario	sin cargo
D7140	Extracción, diente erupcionado con extracción de hueso y/o seccionamiento del diente, e incluyendo elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado.....	\$ 55.00
D7210	Extracción, diente erupcionado con extracción de hueso y/o seccionamiento del diente, e incluyendo elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado.....	\$ 60.00
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	\$ 75.00
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente osificado	\$ 95.00
D7240	Extracción de diente impactado, totalmente osificado	\$ 135.00
D7241	Extracción de diente impactado - completamente osificado, con complicaciones quirúrgicas inusuales, según informe	\$ 175.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales de diente.	\$ 50.00
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$ 450.00
D7261	Cierre primario de perforación sinusal.....	\$ 275.00
D7270	Reimplante y/o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado.....	\$ 95.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado (sin incluir muelas del juicio)	\$ 160.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar su erupción.....	\$ 120.00
D7285	Biopsia incisional de tejido oral - duro (hueso, diente).....	\$ 450.00
D7286	Biopsia quirúrgica de tejido bucal blando (todo lo demás)	\$ 155.00
D7287	Obtención de muestra para estudio citológico de escamación.....	\$ 70.00
D7288	Biopsia por cepillado - obtención de muestra transepitelial.....	\$ 75.00
D7310	Alveoplastia junto con extracciones - por cuadrante	\$ 50.00
D7311	Alveoplastia junto con extracciones - uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante.....	\$ 25.00
D7320	Alveoplastia aparte de extracciones - por cuadrante	\$ 90.00

D7321	Alveoplastia sin extracciones - uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$ 65.00
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, de hasta 1.25 cm.....	\$ 210.00
D7451	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, de más de 1.25 cm	\$ 285.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$ 130.00
D7472	Extirpación del torus palatino	\$ 80.00
D7473	Extirpación del torus mandibularis.....	\$ 80.00
D7485	Reducción de tuberosidad ósea.....	\$ 75.00
D7510	Incisión y drenaje de abscesos - tejido intraoral blando	\$ 45.00
D7970	Escisión de tejido hiperplástico, por arco	\$ 100.00
D7971	Escisión gingival pericoronar	\$ 65.00

Reparaciones de prótesis El afiliado paga

D5511*	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	\$ 65.00
D5512*	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar	\$ 65.00
D5520*	Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza completa - por diente.....	\$ 65.00
D5611*	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular.....	\$ 65.00
D5612*	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	\$ 65.00
D5621*	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	\$ 65.00
D5622*	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar ...	\$ 65.00
D5630*	Reparación o reemplazo de materiales de retención/ganchos rotos - por diente	\$ 65.00
D5640*	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial - por diente	\$ 65.00
D5650*	Adición de diente a dentadura postiza parcial existente, por diente	\$ 60.00
D5670*	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido - maxilar	\$ 255.00
D5671*	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido - mandibular.....	\$ 350.00
D5710*	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar ..	\$ 230.00
D5711*	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular	\$ 230.00
D5720*	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	\$ 230.00
D5721*	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular ..	\$ 230.00
D5725*	Rebasado de prótesis híbridas.....	\$ 230.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)	\$ 110.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	\$ 110.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo)	\$ 110.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo).....	\$ 110.00
D5750*	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	\$ 180.00
D5751*	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	\$ 180.00
D5760*	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	\$ 180.00
D5761*	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	\$ 180.00

D5765*	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial - indirecto	\$ 180.00
D5810*	Dentadura postiza completa provisional (maxilar) ...	\$ 300.00
D5811*	Dentadura postiza completa provisional (mandibular).....	\$ 300.00
D5820*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - maxilar	\$ 210.00
D5821*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - mandibular	\$ 210.00
D5850	Acondicionamiento del tejido maxilar	\$ 45.00
D5851	Acondicionamiento del tejido mandibular.....	\$ 45.00
D6214*	Puente fijo - titanio y aleaciones de titanio	\$ 410.00
D6245*	Puente fijo - porcelana/cerámica.....	\$ 410.00
D6250*	Puente fijo - resina con metal muy noble	\$ 410.00
D6251	Puente fijo - resina con metal predominantemente básico.....	\$ 410.00
D6252*	Puente fijo - resina con metal noble.....	\$ 410.00
D6253*	Puente fijo provisional - tratamiento posterior o necesario completar el diagnóstico antes de la impresión final.....	sin cargo
D6545*	Retenedor - metal fundido, prótesis fija adherida con resina.....	\$ 300.00
D6548*	Retenedor - porcelana/cerámica, prótesis fija adherida con resina.....	\$ 300.00
D6549	Retenedor de resina para prótesis fija adherida con resina.....	\$ 300.00
D6600*	Retenedor - incrustación inlay de porcelana/cerámica, dos superficies	\$ 410.00
D6601*	Retenedor - incrustación inlay de porcelana/cerámica, tres superficies o más	\$ 410.00
D6602*	Retenedor - incrustación inlay de metal muy noble fundido, dos superficies	\$ 410.00
D6603*	Retenedor - incrustación inlay de metal muy noble fundido, tres superficies o más	\$ 410.00
D6604	Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies	\$ 410.00
D6605	Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	\$ 410.00
D6606*	Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, dos superficies	\$ 410.00
D6607*	Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, tres superficies o más.....	\$ 410.00
D6608*	Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, dos superficies	\$ 410.00
D6609*	Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, tres superficies o más	\$ 410.00
D6610*	Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, dos superficies	\$ 410.00
D6611*	Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, tres superficies o más	\$ 410.00
D6612	Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies	\$ 410.00
D6613	Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	\$ 410.00
D6614*	Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, dos superficies.....	\$ 410.00

D6615*	Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, tres superficies o más.....	\$ 410.00
D6624*	Retenedor - Incrustación inlay de titanio	\$ 410.00
D6634*	Retenedor - incrustación onlay de titanio	\$ 410.00
D6710*	Corona de anclaje - compuesto indirecto a base de resina.....	\$ 410.00
D6720*	Corona de anclaje - resina con metal muy noble	\$ 410.00
D6721	Corona de anclaje - resina con metal predominantemente básico	\$ 410.00
D6722*	Corona de anclaje - resina con metal noble	\$ 410.00
D6740*	Corona de anclaje - porcelana/cerámica	\$ 410.00
D6780*	Corona de anclaje - 3/4 de metal muy noble fundido	\$ 410.00
D6781	Corona de anclaje - 3/4 de metal predominantemente básico fundido	\$ 410.00
D6782*	Corona de anclaje - 3/4 de metal noble fundido	\$ 410.00
D6783*	Corona de anclaje - 3/4 de porcelana/cerámica, dentadura postiza	\$ 410.00
D6784	Corona de anclaje - 3/4 de titanio y aleaciones de titanio.....	\$410.00

Servicios generales complementarios El afiliado paga

D9110	Tratamiento paliativo por dolor dental: por consulta..	\$ 20.00
D9215	Anestesia local	sin cargo
D9222	Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos.....	\$ 102.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 min. adicionales	\$ 87.00
D9230	Analgesia (óxido nítrico), por 15 minutos.....	\$ 45.00
D9239	Inhalación de óxido nítrico/analgesia, ansiólisis - primeros 15 minutos	\$ 102.00
D9243	Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, cada 15 min. adicionales	\$ 87.00
D9450	Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento.....	sin cargo
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$ 45.00
D9952	Ajuste oclusal, completo.....	\$ 205.00

Blanqueamiento El afiliado paga

D9972	Blanqueado externo en consultorio, por arco	\$ 210.00
D9975	Blanqueado externo en casa, por arco	\$ 210.00

Ortodoncia El afiliado paga

D8070 o D8080	—niños hasta los 19 años, hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia rutinario para los casos de Clase I y Clase II.	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	\$ 45.00
	Expedientes/planificación del tratamiento.....	\$ 250.00
	Tratamiento de ortodoncia	\$1,900.00
D8090	—adultos de 19 años en adelante, hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia rutinario para casos de Clase I y Clase II.	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	\$ 45.00
	Expedientes/planificación del tratamiento	\$ 250.00
	Tratamiento de ortodoncia	\$ 1,900.00
D8680	Retención de ortodoncia	\$ 455.00
D8698	Recementado o refijación de retenedor fijo, maxilar.....	sin cargo
D8699	Recementado o refijación de retenedor fijo, mandibular	sin cargo

TENGA EN CUENTA:

- No todos los dentistas participantes realizan todos los tratamientos en la lista, incluidas las amalgamas. Consulte a su dentista antes del tratamiento para verificar la disponibilidad de todos los servicios.
- Los procedimientos no enumerados podrían ser elegibles para un descuento de hasta un 25%. Los afiliados pueden comunicarse con su proveedor participante para determinar si se aplica algún descuento.
- Cuando las coronas y/o puentes exceden seis unidades en el mismo plan de tratamiento, al paciente se le pueden cobrar \$75 adicionales por unidad.
- Algunos servicios cubiertos son ofrecidos solamente por un especialista (al igual que muchos procedimientos de cirugía oral)
- Las exclusiones y limitaciones adicionales se indican junto con información completa sobre el plan en su certificado de beneficios. Si usted no tiene un certificado de beneficios, consulte la Guía de información técnica y regulatoria de beneficios de especialidad, disponible en **Disclosure.Humana.com**.

Current Dental Terminology © 2024 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

Asegurado o administrado por Humana Insurance Company o CompBenefits Company.

Aviso de no discriminación. Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc. proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y recursos y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, así como servicios gratuitos de asistencia lingüística a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, incluidos intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con Humana Inc. y sus subsidiarias en **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarlo.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Afiliados o residentes de California: También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California), **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711). Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean) 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino) Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Polski (Polish) Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

فارسی (Farsi): برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

հայերէն (Armenian): Ձանգահարեք վերը նշված հեռախոսահամարով անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ ստանալու համար:

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

Hmoob (Hmong): Hu rau tus xov tooj saum toj sau kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

Estos avisos están disponibles en **es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure** y **www.humana.com/legal/multi-language-support**.