Humana Dental

Plan Prepaid HS195 con Implantes

FLORIDA

Siéntase bien al elegir un plan Humana Dental

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

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

La 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 Humana Dental Prepaid le permite cuidar mejor sus dientes y pagar menos al hacerlo.

Consejos para lograr una boca sana

- Utilice un cepillo de dientes de cerdas suaves e hilo dental a diario
- Elija pasta dental con flúor
- Cepíllese durante al menos dos minutos, dos veces al día
- Observe si aparecen signos de enfermedad periodontal, como encías enrojecidas, inflamadas o sensibles
- Consulte a un dentista regularmente para realizarse exámenes y limpiezas

Guía de información técnica y regulatoria de beneficios de especialidad disponible en **Humana.com/insurance-through-employer/enrollment-center/pre-enrollment-disclosure**.

Cómo usar sus beneficios dentales de Humana

Seleccione un dentista de cuidado primario dentro de la red para acceder al cuidado conforme a este plan. Simplemente, visite **es-www.humana.com/finder/dental?customerId=1004** para encontrar un dentista.

Regístrese o inicie sesión en **MyHumana** en **es-www.humana.com** para ver los detalles de su cobertura, ver sus tarjetas de identificación, encontrar un dentista y mucho más.

¡Una vida sin formularios de reclamación!
Su dentista de cuidado primario proveerá todo su cuidado dental rutinario y usted pagará cualquier copago a su dentista en el momento del servicio.

¿Preguntas?

Visite **es-www.humana.com** o llame al **866-427-7478**, de lunes a sábado, de 8 a.m. a 11 p.m., y los domingos, de 11 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Encuentre un dentista en **Humana.com/findadentist**.

Humana®

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

Humana Dental

Plan Prepaid HS195 con Implantes

FLORIDA

Los planes Humana Dental Prepaid se enfocan en el mantenimiento de la salud bucal, la prevención y la limitación de costos. No existen máximos anuales, no se deben alcanzar deducibles y no hay períodos de espera. Los copagos del plan para los procedimientos detallados se aplican tanto para un dentista general participante como para un especialista participante. Los procedimientos que no figuran en este documento no están cubiertos por el plan.

Servicios de especialistas: Si un afiliado necesita servicios de un especialista (p. ej., 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/findadentist** para encontrar un especialista participante.

Resumen de servicios

Los servicios marcados con un asterisco (*) a continuación también requieren el pago por separado de los cargos de laboratorio, que no superarán los $200. Los cargos de laboratorio deben pagarse al dentista del plan, además de cualquier copago por servicio aplicable.

Citas		El afiliado paga
D9310	Consulta (normalmente no es el mismo dentista que realiza el tratamiento)	sin cargo
D9430	Visita al consultorio (horario normal)	sin cargo
D9440	Consulta médica: después del horario regular programado	$30.00
D9986	Cita incumplida	$10.00
D9987	Cita cancelada	$10.00
D9999	Consulta de emergencia en horario de consulta habitual	$20.00

Diagnóstico		El afiliado paga
D0120	Evaluación bucal periódica (dos por año calendario)	sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada: enfocada en un problema	sin cargo
D0145	Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y asesoramiento con la persona encargada de su cuidado	sin cargo
D0150	Evaluación bucal integral: paciente nuevo o habitual (dos por año calendario)	sin cargo
D0160	Evaluación bucal detallada y extensiva: enfocada en un problema, según informe	sin cargo
D0170	Reevaluación: enfocada en un problema (no una visita posoperatoria)	sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o habitual (dos por año calendario)	sin cargo
D0210	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas (una cada tres años calendario)	sin cargo
D0220	Radiografías intraorales periapicales, primera imagen radiográfica	sin cargo
D0230	Radiografías intraorales periapicales, cada imagen radiográfica adicional	sin cargo
D0240	Radiografías intraorales: imagen radiográfica oclusal	sin cargo
D0250	Extraoral - imagen radiográfica de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación fija y detector	sin cargo
D0270	Radiografías (aleta de mordida): una sola imagen radiográfica (dos por año calendario)	sin cargo
D0272	Radiografías (aleta de mordida): dos imágenes radiográficas (dos por año calendario)	sin cargo
D0273	Radiografías (aleta de mordida): tres imágenes radiográficas (dos por año calendario)	sin cargo
D0274	Radiografías (aleta de mordida): cuatro imágenes radiográficas (dos por año calendario)	sin cargo
D0277	Radiografías (aleta de mordida, verticales): de 7 a 8 imágenes radiográficas (dos por año calendario)	sin cargo
D0330	Radiografías (imagen radiográfica panorámica) (una cada tres años calendario)	sin cargo
D0350	Imágenes fotográficas faciales/bucales en 2D obtenidas de manera intraoral o extraoral	sin cargo
D0415	Obtención de muestras de microorganismos para cultivo y sensibilidad	sin cargo
D0425	Pruebas de susceptibilidad a la caries	sin cargo
D0431	Prueba de detección de cáncer bucal utilizando una fuente de luz especial	$50.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar (no cubiertas en caso de tratamiento de conducto)	sin cargo
D0470	Moldes de yeso 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	Limpieza: adultos (dos por año calendario, a cargo del dentista de cuidado primario)	sin cargo
	Limpieza de profilaxis adicional: adultos, con o sin flúor (máximo de 2 adicionales por año)	$35.00
D1120	Limpieza: niños (dos por año calendario)	sin cargo
	Limpieza de profilaxis adicional: niños, con o sin flúor (máximo de 2 adicionales por año)	$25.00
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor; aplicación terapéutica para pacientes con riesgo de caries de moderado a alto (dos por año calendario; para niños <16 años)	sin cargo
D1208	Aplicación tópica de flúor: no incluye barniz (dos por año calendario)	sin cargo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	sin cargo
D1320	Asesoramiento sobre el tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	sin cargo
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso 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)	sin cargo

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

D1510*	Mantenedor de espacio: fijo, unilateral, por cuadrante (hasta los 14 años)	$25.00
D1516*	Mantenedor de espacio: fijo, bilateral, maxilar (hasta los 14 años)	$25.00
D1517*	Mantenedor de espacio: fijo, bilateral, mandibular (hasta los 14 años)	$25.00
D1520*	Mantenedor de espacio: removible, unilateral, por cuadrante (hasta los 14 años)	$35.00
D1526*	Mantenedor de espacio: removible, bilateral, maxilar (hasta los 14 años)	$35.00
D1527*	Mantenedor de espacio: removible, bilateral, mandibular (hasta los 14 años)	$35.00
D1551	Recementado o refijación de mantenedor de espacio: maxilar	$15.00
D1552	Recementado o refijación de mantenedor de espacio: mandibular	$15.00
D1553	Recementado o refijación de mantenedor de espacio unilateral: por cuadrante	$15.00
D1556	Extracción de mantenedor de espacio fijo unilateral: por cuadrante	$15.00
D1557	Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral: maxilar	$15.00
D1558	Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral: mandibular	$15.00
D1575	Mantenedor de espacio de zapatilla distal fijo unilateral: por cuadrante (hasta los 14 años, dientes primarios solamente)	$55.00

Servicios de restauración		**El afiliado paga**
D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	sin cargo
D2150	Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	sin cargo
D2160	Amalgama: tres superficies, primaria o permanente	sin cargo
D2161	Amalgama: cuatro superficies o más, primaria o permanente	sin cargo
D2940	Colocación de restauración directa provisional	sin cargo

Restauración con resina (incrustaciones inlay y onlay limitadas a una por diente cada cinco años)		**El afiliado paga**
D2330	Composite a base de resina: una superficie, anterior	sin cargo
D2331	Composite a base de resina: dos superficies, anteriores	sin cargo
D2332	Composite a base de resina: tres superficies, anteriores	sin cargo
D2335	Composite a base de resina: cuatro o más superficies (anteriores)	sin cargo
D2390	Corona de composite a base de resina: anterior	$30.00
D2391	Composite a base de resina: una superficie, posterior	$30.00
D2392	Composite a base de resina: dos superficies, posteriores	$45.00
D2393	Composite a base de resina: tres superficies, posteriores	$65.00
D2394	Composite a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores	$65.00
D2510*	Incrustación inlay: metálica, una superficie	$225.00
D2520*	Incrustación inlay: metálica, dos superficies	$235.00
D2530*	Incrustación inlay: metálica, tres superficies o más	$245.00
D2542*	Incrustación onlay: metálica, dos superficies	$245.00
D2543*	Incrustación onlay: metálica, tres superficies	$260.00
D2544*	Incrustación onlay: metálica, cuatro superficies o más	$270.00
D2610*	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, una superficie	$245.00
D2620*	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$245.00
D2630*	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$245.00
D2642*	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$245.00
D2643*	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, tres superficies	$245.00
D2644*	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, cuatro superficies o más	$245.00
D2650*	Incrustación inlay: composite a base de resina, una superficie	$245.00
D2651*	Incrustación inlay: composite a base de resina, dos superficies	$245.00
D2652*	Incrustación inlay: composite a base de resina, tres superficies o más	$245.00
D2662*	Incrustación onlay: composite a base de resina, dos superficies	$245.00
D2663*	Incrustación onlay: composite a base de resina, tres superficies	$245.00
D2664*	Incrustación onlay: composite a base de resina, cuatro superficies o más	$245.00

Corona y puente (limitados a uno por diente cada cinco años)		**El afiliado paga**
D2710*	Corona a base de resina compuesta indirecta. (Las coronas sin empaste o refuerzo deben notificarse utilizando D2999).	$245.00
D2712*	Corona: 3/4 de composite a base de resina (indirecto)	$245.00
D2720*	Corona: resina con metal muy noble	$245.00
D2721	Corona: resina con metal predominantemente básico	$245.00
D2722*	Corona: resina con metal noble	$245.00
D2740*	Corona: porcelana/cerámica	$245.00
D2750*	Corona: porcelana fusionada con metal muy noble	$245.00
D2751	Corona: porcelana fusionada con metal predominantemente básico	$245.00
D2752*	Corona: porcelana fusionada con metal noble	$245.00
D2753	Corona: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	$245.00
D2780*	Corona: 3/4 de metal muy noble fundido	$245.00
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente básico fundido	$245.00
D2782*	Corona: 3/4 de metal noble fundido	$245.00
D2783*	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	$245.00
D2790*	Corona: completa de metal muy noble fundido	$245.00
D2791	Corona: completa de metal predominantemente básico fundido	$245.00
D2792*	Corona: completa de metal noble fundido	$245.00
D2794*	Corona: titanio y aleación de titanio	$245.00
D2799	Corona provisional: se necesita más tratamiento o 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	sin cargo

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

D2915	Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	sin cargo
D2920	Recementado o refijación de corona	sin cargo
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente permanente	$45.00
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente primario	$25.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable: diente primario	$25.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente	$25.00
D2932	Corona prefabricada de resina	$45.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	$45.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos	$70.00
D2951	Retención de perno: por diente, además de la restauración	$10.00
D2952*	Poste colado y muñón, además de corona	$50.00
D2953*	Cada poste colado adicional, mismo diente	$50.00
D2954	Poste prefabricado y muñón, además de corona	$30.00
D2955	Extracción de postes (no en combinación con terapia endodóntica) (No utilizar en combinación con D3346, D3347, D3348)	$10.00
D2957	Cada poste prefabricado adicional: mismo diente, poste de metal básico	$30.00
D2960	Carilla labial (laminado de resina): directa	$250.00
D2961*	Carilla labial (laminado de resina): indirecta	$300.00
D2962*	Carilla labial (laminado de porcelana): indirecta	$350.00
D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona a la estructura de una dentadura postiza parcial existente	$50.00
D2980	Reparación de corona	sin cargo
D2981	Reparación de incrustación inlay	sin cargo
D2982	Reparación de incrustación onlay	sin cargo
D2983	Reparación de carilla	sin cargo
D6940	Rompefuerzas	$110.00
D6950	Aditamento de precisión	$195.00
D6980*	Reparación de dentaduras postizas parciales fijas, según informe, necesaria por fallo del material de restauración	$45.00

Prostodoncia (fija) (sustitución limitada a cada cinco años, ajustes una vez al año)		**El afiliado paga**
D6210*	Puente fijo - metal muy noble fundido	$245.00
D6211	Puente fijo - metal predominantemente básico fundido	$245.00
D6212*	Puente fijo - metal noble fundido	$245.00
D6240*	Puente fijo - porcelana fundida con metal muy noble	$245.00
D6241	Puente fijo - porcelana fundida con metal predominantemente básico	$245.00
D6242*	Puente fijo - porcelana fundida con metal noble	$245.00
D6243*	Puente fijo - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$245.00
D6750*	Corona: porcelana fusionada con metal muy noble	$245.00
D6751	Corona: porcelana fusionada con metal predominantemente básico	$245.00
D6752*	Corona: porcelana fusionada con metal noble	$245.00
D6753*	Corona retenedora: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	$245.00
D6790*	Corona: completa de metal muy noble fundido	$245.00
D6791	Corona: completa de metal predominantemente básico fundido	$245.00
D6792*	Corona: completa de metal noble fundido	$245.00
D6794*	Corona retenedora: titanio y aleación de titanio	$245.00
D6930	Recementado o rebasado de dentadura postiza parcial fija	sin cargo

Prostodoncia (fija) (sustitución limitada a cada cinco años)		**El afiliado paga**
D5110*	Dentadura postiza superior completa	$325.00
D5120*	Dentadura postiza inferior completa	$325.00
D5130*	Dentadura postiza inmediata - maxilar	$350.00
D5140*	Dentadura postiza inmediata - mandibular	$350.00
D5211*	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$400.00
D5212*	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$400.00
D5213*	Dentadura postiza parcial superior: metal (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$425.00
D5214*	Dentadura postiza parcial inferior: metal (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$425.00
D5221*	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$350.00
D5222*	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$350.00
D5223*	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$350.00
D5224*	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$350.00
D5225*	Dentadura postiza parcial superior: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$425.00
D5226*	Dentadura postiza parcial inferior: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$425.00
D5227*	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	$425.00
D5228*	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	$425.00
D5282*	Dentadura postiza parcial unilateral removible: metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	$300.00
D5283*	Dentadura postiza parcial unilateral removible: metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular	$300.00
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral removible: base flexible de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante	$300.00

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

Humana Dental
Plan Prepaid HS195 con Implantes

D5286	Dentadura postiza parcial unilateral removible: resina de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante	$300.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: superior	$10.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: inferior	$10.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial:	$10.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: inferior	$10.00
D5660*	Añadir gancho a dentadura postiza parcial existente	$35.00

Endodoncia (cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida)		**El afiliado paga**
D3110	Recubrimiento pulpar: directo (no incluye restauración final)	$5.00
D3120	Recubrimiento pulpar: indirecto (no incluye restauración final)	$5.00
D3220	Pulpotomía: extracción de pulpa, no parte de un conducto radicular	$30.00
D3221	Desbridamiento pulpar (no debe utilizarse cuando la endodoncia se realiza el mismo día)	$55.00
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior primario (no incluye restauración final)	$40.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior primario (no incluye restauración final)	$40.00
D3310	Conducto radicular anterior (diente permanente) (no incluye restauración final)	$100.00
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauración final)	$152.00
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauración final)	$210.00
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto radicular: acceso no quirúrgico	$85.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta: diente fracturado o que no se puede operar	$96.00
D3333	Reparación interna de defectos por perforaciones radiculares	$85.00
D3346	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: anterior	$180.00
D3347	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: bicúspide	$280.00
D3348	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: molar	$325.00
D3351	Apexificación/recalcificación: visita inicial (cierre apical/ reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.)	$70.00
D3352	Apexificación/recalcificación: reemplazo de medicamento provisional	$70.00
D3353	Apexificación/recalcificación: visita final (incluye terapia del conducto radicular completa: cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.)	$70.00
D3410	Apicectomía/cirugía perirradicular: anterior	$95.00
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular: premolar (primera raíz)	$95.00
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: molar (primera raíz)	$95.00
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	$60.00
D3430	Obturación retrógrada: por raíz	$60.00
D3450	Amputación radicular: por raíz (no cubierta en combinación con el procedimiento D3920)	$95.00
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma	$19.00
D3920	Hemisección (incluida la extracción de raíz), no se incluye el tratamiento de conducto	$90.00
D3950	Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado	$15.00

Periodoncia (tratamiento para las encías)		**El afiliado paga**
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: 4 o más dientes, por cuadrante	$110.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de 1 a 3 dientes, por cuadrante	$83.00
D4240	Colgajo gingival, incluido alisado radicular: 4 o más dientes, por cuadrante	$150.00
D4241	Colgajo gingival, incluido alisado radicular: de 1 a 3 dientes, por cuadrante	$113.00
D4245	Colgajo de reposición apical	$165.00
D4249	Alargamiento clínico de corona: tejido duro	$150.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante	$300.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre) - de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante	$225.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, primer sitio del cuadrante	$180.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, cada sitio adicional del cuadrante	$95.00
D4265	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando: por sitio	$95.00
D4266	Regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera reabsorbible, por sitio	$215.00
D4267	Regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera no reabsorbible, por sitio	$255.00
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	$245.00
D4273	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) - primer diente, implante o posicionamiento de diente faltante en el injerto	$75.00
D4274	Procedimiento de acuñamiento distal o proximal: un solo diente (cuando no se realiza en combinación con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	$100.00
D4275	Injerto no autógeno de tejido conectivo (incluye sitio de receptor y material de donante) - primer diente, implante o posicionamiento de diente faltante en el injerto	$380.00
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) - primer diente, implante o posicionamiento de diente faltante en el injerto	$245.00
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) - cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente faltante adicional en el mismo sitio de injerto	$120.00
D4283	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) - cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente faltante adicional en el mismo sitio de injerto	$75.00

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

D4285	Procedimiento de injerto no autógeno de tejido conectivo (incluye sitio quirúrgico de receptor y material de donante) - cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente faltante adicional en el mismo sitio de injerto	$380.00
D4322	Férula: intracoronal, dientes naturales o coronas protésicas	$95.00
D4323	Férula: extracoronal, dientes naturales o coronas protésicas	$85.00
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes o espacios interdentales por cuadrante (se pagará un máximo de cuatro (4) cuadrantes en cualquier combinación, por cada 24 meses calendario)	$50.00
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante (se pagará un máximo de cuatro (4) cuadrantes en cualquier combinación, por cada 24 meses calendario)	$38.00
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, después de la evaluación oral (limitado a 1 por año cruzado reduce D1110, D1120)	$50.00
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación periodontal completa y diagnóstico en una consulta posterior (una vez cada cinco años calendario)	$50.00
D4381	Administración localizada de agentes quimioterapéuticos, por diente, según informe (limitada a una vez por diente cada (12) meses hasta un máximo de tres (3) sitios dentales por cuadrante, y realizada no menos de tres (3) meses después de la terapia periodontal activa)	$65.00
D4910	Mantenimiento periodontal (cubierto solo después de terapia periodontal activa)	$40.00
D4911	Procedimientos adicionales de mantenimiento periodontal (más de 2 cada 12 meses)	$55.00

Extracciones/cirugía bucal y maxilofacial		El afiliado paga
D7111	Extracción de restos coronarios: diente primario	$5.00
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o con pinzas)	$5.00
D7210	Extracción quirúrgica de un diente erupcionado que requiera la extracción de hueso y/o la sección del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado	$30.00
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	$50.00
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente osificado	$65.00
D7240	Extracción de diente impactado: completamente osificado	$80.00
D7241	Extracción de diente impactado: completamente osificado, con complicaciones quirúrgicas inusuales, según informe	$100.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión)	$40.00
D7270	Estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	$50.00
D7280	Acceso quirúrgico a la exposición de un diente no erupcionado	$100.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar su erupción	$90.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado	$90.00
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal: duro (hueso, diente)	$150.00
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal: suave	$60.00
D7287	Recogida de muestras citológicas exfoliativas	$50.00
D7288	Biopsia por cepillado: recogida de muestras transepiteliales	$50.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones: por cuadrante	$40.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones: localizada, por cuadrante	$15.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: por cuadrante	$60.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: localizada, por cuadrante	$25.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$80.00
D7472	Extirpación del torus palatinus	$60.00
D7473	Extirpación del torus mandibularis	$60.00
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	$60.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	$35.00
D7511	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral, complicado (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	$35.00
D7520	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	$35.00
D7521	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral, complicado (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	$35.00
D7910	Sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm	$25.00
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	$50.00
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	$50.00
D7963	Frenuloplastia	$50.00
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	$55.00
D7971	Extirpación de encía pericoronal	$40.00

Reparaciones de prótesis		El afiliado paga
D5511*	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	$35.00
D5512*	Reparación de base de dentadura postiza completa rota: maxilar	$35.00
D5520*	Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza completa - por diente	$35.00
D5611*	Reparación de base de dentadura postiza de resina, mandibular	$35.00
D5612*	Reparación de base de dentadura postiza de resina, maxilar	$35.00
D5621*	Reparación de estructura de fundición, mandibular	$35.00
D5622*	Reparación de estructura de fundición, maxilar	$35.00
D5630*	Reparación o reemplazo de los materiales de retención o enganche rotos: por diente	$35.00
D5640*	Reemplazo de diente faltante o roto: dentadura postiza parcial, por diente	$35.00
D5650*	Adición de diente a dentadura postiza parcial existente, por diente	$35.00
D5670*	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal de fundición (maxilar)	$165.00
D5671*	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal de fundición (mandibular)	$165.00

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

D5710*	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar	$75.00
D5711*	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular	$75.00
D5720*	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	$75.00
D5721*	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	$75.00
D5725*	Rebasado de prótesis híbridas	$75.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)	$65.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	$65.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo)	$65.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo)	$65.00
D5750*	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	$85.00
D5751*	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	$85.00
D5760*	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	$85.00
D5761*	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	$85.00
D5765*	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial: indirecto	$85.00
D5810*	Dentadura postiza completa provisional (maxilar)	$230.00
D5811*	Dentadura postiza completa provisional (mandibular)	$230.00
D5820*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes): maxilar	$160.00
D5821*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes): mandibular	$170.00
D5850	Acondicionamiento del tejido maxilar	$20.00
D5851	Acondicionamiento del tejido mandibular	$20.00
D5862*	Reparación de base de dentadura postiza de resina: maxilar	$160.00
D6214*	Puente fijo - titanio y aleaciones de titanio	$245.00
D6245*	Puente fijo - porcelana/cerámica	$245.00
D6250*	Puente fijo - resina con metal muy noble	$245.00
D6251	Puente fijo - resina con metal predominantemente básico	$245.00
D6252*	Puente fijo - resina con metal noble	$245.00
D6253*	Puente fijo provisional - se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final	sin cargo
D6545*	Retenedor: metal fundido para prótesis fija adherida con resina	$150.00
D6549	Retenedor: resina para prótesis fija adherida con resina	$150.00
D6600*	Retenedor inlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$245.00
D6601*	Retenedor inlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$245.00
D6602*	Retenedor inlay: metal muy noble fundido, dos superficies	$245.00
D6603*	Retenedor inlay: metal muy noble fundido, tres superficies o más	$245.00
D6604	Retenedor inlay: metal predominantemente básico fundido, dos superficies	$245.00
D6605	Retenedor inlay: metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	$245.00
D6606*	Retenedor inlay: metal noble fundido, dos superficies	$245.00
D6607*	Retenedor inlay: metal noble fundido, tres superficies o más	$245.00
D6608*	Retenedor onlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$245.00
D6609*	Retenedor onlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$245.00
D6610*	Retenedor onlay: metal muy noble fundido, dos superficies	$245.00
D6611*	Retenedor onlay: metal muy noble fundido, tres superficies o más	$245.00
D6612	Retenedor onlay: metal predominantemente básico fundido, dos superficies	$245.00
D6613	Retenedor onlay: metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	$245.00
D6614*	Retenedor onlay: metal noble fundido, dos superficies	$245.00
D6615*	Retenedor onlay: metal noble fundido, tres superficies o más	$245.00
D6710*	Corona retenedora: composite indirecto a base de resina	$245.00
D6720*	Corona retenedora: resina con metal muy noble	$245.00
D6721	Corona retenedora: resina con metal predominantemente básico	$245.00
D6722*	Corona retenedora: resina con metal noble	$245.00
D6740*	Corona retenedora: porcelana/cerámica	$245.00
D6780*	Corona retenedora: 3/4 de metal muy noble fundido	$245.00
D6781	Corona retenedora: 3/4 de metal predominantemente básico fundido	$245.00
D6782*	Corona retenedora: 3/4 de metal noble fundido	$245.00
D6783*	Corona retenedora: 3/4 de porcelana/cerámica	$245.00
D6784*	Corona retenedora 3/4: titanio y aleaciones de titanio	$245.00

Servicios generales complementarios		El afiliado paga
D9110	Tratamiento paliativo por dolor dental: por consulta	$10.00
D9120	Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	sin cargo
D9210	Anestesia local no asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos	sin cargo
D9211	Anestesia por bloqueo regional	sin cargo
D9212	Anestesia por bloqueo de división del nervio trigémino	sin cargo
D9215	Anestesia local	sin cargo
D9222	Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos	$75.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada incremento posterior de 15 minutos	$64.00
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	$15.00
D9239	Sedación/anestesia intravenosa moderada (consciente): primeros 15 minutos	$75.00
D9243	Sedación/anestesia intravenosa moderada (consciente): cada incremento posterior de 15 minutos	$64.00
D9248	Sedación no intravenosa (consciente)	$15.00
D9450	Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento	sin cargo

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

Humana Dental
Plan Prepaid HS195 con Implantes

D9610	Medicamento terapéutico parenteral: administración única	$15.00
D9612	Medicamentos terapéuticos parenterales, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	$25.00
D9630	Otros fármacos y/o medicamentos despachados en el consultorio para uso doméstico, según informe	$15.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	$15.00
D9944	Protector oclusal: aparato duro, arco completo	$85.00
D9945	Protector oclusal: aparato blando, arco completo	$85.00
D9946	Protector oclusal: aparato duro, arco parcial	$85.00
D9942	Reparación y/o revestimiento del protector oclusal	$40.00
D9951	Ajuste oclusal limitado	$30.00
D9952	Ajuste oclusal completo	$100.00
Blanqueamiento		**El afiliado paga**
D9972	Blanqueado externo realizado en el consultorio: por arco	$125.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicaciones en el hogar: por arco	$125.00
Ortodoncia		**El afiliado paga**
D8070—Tratamiento de ortodoncia integral en dentadura de transición		$1,850.00
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$35.00
	Expedientes/planificación del tratamiento	$250.00
D8080—Tratamiento de ortodoncia integral en dentadura de adolescentes		$1,850.00
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$35.00
	Expedientes/planificación del tratamiento	$250.00
D8090—Tratamiento de ortodoncia integral en dentadura de adultos		$1,850.00
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$35.00
	Expedientes/planificación del tratamiento	$250.00
D8680	Retención en ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedor(es))	$300.00
D8698	Recementado o refijación de retenedor fijo: maxilar	sin cargo
D8699	Recementado o refijación de retenedor fijo: mandibular	sin cargo

Implantes (disponibles para grupos de 10 o más inscritos)

Cobertura para implantes:

- Implantes y prótesis sostenidas por implantes cubiertos con un 50% de coseguro
- Beneficio máximo anual de $1,500
- Beneficio máximo de por vida de $10,000

NOTA:

- No todos los dentistas participantes realizan todos los tratamientos enumerados, incluidas las amalgamas. Consulte con su dentista sobre la disponibilidad de los servicios antes de recibir tratamiento.
- 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 suelen ser ofrecidos solamente por un especialista (al igual que muchos procedimientos de cirugía oral).
- Las exclusiones y limitaciones adicionales se indican junto con la información completa del 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 **es-www.humana.com/member/documents-and-forms/pre-enrollment-disclosure**.

Ofrecido por CompBenefits Company.

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

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।

հայերեն (Armenian): Զանգահարեք վերը նշված հեռախոսահամարով՝ անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ ստանալու համար:

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

Hmoob (Hmong): Hu rau tus xov tooj saum toj sauv 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**.