# Humana Dental

## Prepaid HS190 Plan 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

## Prepaid HS190 Plan 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 - servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante | sin cargo |
| D9430 | Consulta médica para observación: no se realizan otros servicios | 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 durante el horario regular programado | $20.00 |

| Diagnóstico | | El afiliado paga |
|---|---|---|
| D0120 | Evaluación bucal periódica: paciente habitual (dos por año calendario) | sin cargo |
| D0140 | Evaluación bucal limitada: enfocada en un problema | sin cargo |
| D0145 | Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y asesoría 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: limitada y enfocada en un problema (paciente habitual; consulta no 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 | Intraoral: periapical, primera imagen radiográfica | sin cargo |
| D0230 | Intraoral: periapical, cada imagen radiográfica adicional | sin cargo |
| D0240 | Intraoral - imagen radiográfica oclusal | sin cargo |
| D0250 | Extraoral - imagen radiográfica de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación fija y detector | sin cargo |
| D0251 | Extraoral - imagen radiográfica dental posterior | sin cargo |
| D0270 | Aleta de mordida: una sola imagen radiográfica (dos por año calendario) | sin cargo |
| D0272 | Aletas de mordida: dos imágenes radiográficas (dos por año calendario) | sin cargo |
| D0273 | Aletas de mordida: tres imágenes radiográficas (dos por año calendario) | sin cargo |
| D0274 | Aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas (dos por año calendario) | sin cargo |
| D0277 | Aletas de mordida verticales: de 7 a 8 imágenes radiográficas (dos por año calendario) | sin cargo |
| D0330 | Imagen radiográfica panorámica (una cada tres años calendario) | sin cargo |
| D0350 | Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida de forma intraoral o extraoral | sin cargo |
| D0415 | Obtención de muestras de microorganismos para cultivo y sensibilidad | sin cargo |
| D0425 | Pruebas de propensión a las caries | sin cargo |
| D0431 | Prueba complementaria de prediagnóstico que ayuda a detectar anomalías de la mucosa, incluidas lesiones premalignas y malignas, sin incluir citología ni procedimientos de biopsia | $50.00 |
| D0460 | Pruebas de vitalidad pulpar (no cubiertas en caso de tratamiento de conducto) | sin cargo |
| D0470 | Moldes de diagnóstico | sin cargo |
| D0472 | Recolección de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito | sin cargo |
| D0473 | Recolección de tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito | sin cargo |
| D0474 | Recolección de tejido, examen macroscópico y microscópico, incluida evaluación de márgenes quirúrgicos para detectar presencia de enfermedad, preparación y transmisión de informe escrito | sin cargo |

| Preventivo | | El afiliado paga |
|---|---|---|
| D1110 | Profilaxis: adultos (dos por año calendario, a cargo del dentista de cuidado primario) | sin cargo |
| D1120 | Profilaxis: niños (dos por año calendario) | sin cargo |
| D1206 | Aplicación tópica de barniz de flúor (dos por año civil; 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 |

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

# Humana Dental
## Prepaid HS190 Plan con implantes

| | | |
|---|---|---|
| D1330 | Instrucciones para la higiene oral | sin cargo |
| D1351 | Sellador: por diente (solo dientes permanentes hasta los 16 años) | sin cargo |
| 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 | $5.00 |
| D1552 | Recementado o refijación de mantenedor de espacio: mandibular | $5.00 |
| D1553 | Recementado o refijación de mantenedor de espacio unilateral: por cuadrante | $5.00 |
| D1556 | Extracción de mantenedor de espacio fijo unilateral: por cuadrante | $5.00 |
| D1557 | Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral: maxilar | $5.00 |
| D1558 | Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral: mandibular | $5.00 |
| 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 compuesto a base de resina - anterior | $30.00 |
| D2391 | Compuesto a base de resina: una superficie, posterior | $30.00 |
| D2392 | Compuesto a base de resina: dos superficies, posterior | $45.00 |
| D2393 | Compuesto a base de resina: tres superficies, posterior | $65.00 |
| D2394 | Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posterior | $65.00 |
| D2510* | Incrustación inlay: metálica, una superficie | $160.00 |
| D2520* | Incrustación inlay: metálica, dos superficies | $160.00 |
| D2530* | Incrustación inlay: metálica, tres superficies o más | $160.00 |
| D2542* | Incrustación onlay: metálica, dos superficies | $180.00 |
| D2543* | Incrustación onlay: metálica, tres superficies | $180.00 |
| D2544* | Incrustación onlay: metálica, cuatro superficies o más | $180.00 |
| D2610* | Incrustación inlay: porcelana/cerámica, una superficie | $180.00 |
| D2620* | Incrustación inlay: porcelana/cerámica, dos superficies | $180.00 |
| D2630* | Incrustación inlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más | $180.00 |
| D2642* | Incrustación onlay: porcelana/cerámica, dos superficies | $180.00 |
| D2643* | Incrustación onlay: porcelana/cerámica, tres superficies | $180.00 |
| D2644* | Incrustación onlay: porcelana/cerámica, cuatro superficies o más | $180.00 |
| D2650* | Incrustación inlay: composite a base de resina, una superficie | $180.00 |
| D2651* | Incrustación inlay: composite a base de resina, dos superficies | $180.00 |
| D2652* | Incrustación inlay: composite a base de resina, tres superficies o más | $180.00 |
| D2662* | Incrustación onlay: composite a base de resina, dos superficies | $180.00 |
| D2663* | Incrustación onlay: composite a base de resina, tres superficies | $180.00 |
| D2664* | Incrustación onlay: composite a base de resina, cuatro superficies o más | $180.00 |

| **Corona y puente** (limitados a uno por diente cada cinco años) | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D2710* | Corona: composite a base de resina (indirecto) | $180.00 |
| D2712* | Corona: 3/4 de composite a base de resina (indirecto) | $180.00 |
| D2720* | Corona: resina con metal muy noble | $180.00 |
| D2721 | Corona: resina con metal predominantemente básico | $180.00 |
| D2722* | Corona: resina con metal noble | $180.00 |
| D2740* | Corona: porcelana/cerámica | $220.00 |
| D2750* | Corona: porcelana fusionada con metal muy noble | $180.00 |
| D2751 | Corona: porcelana fusionada con metal predominantemente básico | $180.00 |
| D2752* | Corona: porcelana fusionada con metal noble | $180.00 |
| D2753* | Corona: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | $180.00 |
| D2780* | Corona: 3/4 de metal muy noble fundido | $180.00 |
| D2781 | Corona: 3/4 metal predominantemente básico colado | $180.00 |
| D2782* | Corona: 3/4 de metal noble fundido | $180.00 |
| D2783* | Corona: 3/4 de porcelana/cerámica | $180.00 |
| D2790* | Corona: completa de metal muy noble fundido | $180.00 |
| D2791 | Corona: completa de metal predominantemente básico fundido | $180.00 |
| D2792* | Corona: completa de metal noble fundido | $180.00 |
| D2794* | Corona: titanio y aleación de titanio | $180.00 |
| D2799 | Corona provisional: se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final | $55.00 |
| 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 de acero inoxidable prefabricada: diente primario | $25.00 |
| D2931 | Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente | $25.00 |
| D2932 | Corona prefabricada de resina | $35.00 |
| D2933 | Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina | $45.00 |
| D2934 | Corona prefabricada de acero inoxidable con revestimiento estético: diente primario | $50.00 |
| D2950 | Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos cuando se requiera | $50.00 |
| D2951 | Retención de pernos: por diente, además de la restauración | $10.00 |
| D2952* | Poste y muñón además de la corona, de fabricación indirecta | $50.00 |
| D2953* | Cada poste adicional de fabricación indirecta - en el mismo diente | $50.00 |
| D2954 | Poste y muñón prefabricados, además de la corona | $30.00 |
| D2955 | Extracción del poste | $10.00 |
| D2957 | Cada poste adicional prefabricado - en el mismo diente | $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 debido a falla del material de restauración | sin cargo |
| D2981 | Reparación de incrustación inlay debido a falla del material de restauración | sin cargo |
| D2982 | Reparación de incrustación onlay debido a falla del material de restauración | sin cargo |
| D2983 | Reparación de carilla debido a falla del material de restauración | sin cargo |
| D6940 | Rompefuerza | $110.00 |
| D6950 | Colocación de precisión | $195.00 |
| **Prostodoncia (fija)** (sustitución limitada a cada cinco años, ajustes una vez al año) | | **El afiliado paga** |
| D6210* | Puente fijo - metal muy noble fundido | $180.00 |
| D6211 | Puente fijo - metal predominantemente básico fundido | $180.00 |
| D6212* | Puente fijo - metal noble fundido | $180.00 |
| D6214* | Puente fijo - titanio y aleaciones de titanio | $180.00 |
| D6243 | Puente fijo - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | $180.00 |
| D6245* | Puente fijo - porcelana/cerámica | $205.00 |
| D6250* | Puente fijo - resina con metal muy noble | $180.00 |
| D6251 | Puente fijo - resina con metal predominantemente básico | $180.00 |
| D6252* | Puente fijo - resina con metal noble | $180.00 |
| D6253* | Puente fijo provisional - se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final | $55.00 |
| D6545* | Retenedor: metal fundido para prótesis fija adherida con resina | $75.00 |
| D6549 | Retenedor: resina para prótesis fija adherida con resina | sin cargo |
| D6548* | Retenedor: porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina | sin cargo |
| D6600* | Retenedor inlay: porcelana/cerámica, dos superficies | $180.00 |
| D6601* | Retenedor inlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más | $180.00 |
| D6602* | Retenedor inlay: metal muy noble fundido, dos superficies | $180.00 |
| D6603* | Retenedor inlay: metal muy noble fundido, tres superficies o más | $180.00 |
| D6604 | Retenedor inlay: metal predominantemente básico fundido, dos superficies | $180.00 |
| D6605 | Retenedor inlay: metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más | $180.00 |
| D6606* | Retenedor inlay: metal noble fundido, dos superficies | $180.00 |
| D6607* | Retenedor inlay: metal noble fundido, tres superficies o más | $180.00 |
| D6608* | Retenedor onlay: porcelana/cerámica, dos superficies | $180.00 |
| D6609* | Retenedor onlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más | $180.00 |
| D6610* | Retenedor onlay: metal muy noble fundido, dos superficies | $180.00 |
| D6611* | Retenedor onlay: metal muy noble fundido, tres superficies o más | $180.00 |
| D6612 | Retenedor onlay: metal predominantemente básico fundido, dos superficies | $180.00 |
| D6613 | Retenedor onlay: metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más | $180.00 |
| D6614* | Retenedor onlay: metal noble fundido, dos superficies | $180.00 |
| D6615* | Retenedor onlay: metal noble fundido, tres superficies o más | $180.00 |
| D6634* | Retenedor onlay: titanio | sin cargo |
| D6710* | Corona retenedora: composite indirecto a base de resina | $180.00 |
| D6720* | Corona retenedora: resina con metal muy noble | $180.00 |
| D6721 | Corona retenedora: resina con metal predominantemente básico | $180.00 |
| D6722* | Corona retenedora: resina con metal noble | $180.00 |
| D6740* | Corona retenedora: porcelana/cerámica | $180.00 |
| D6780* | Corona retenedora: 3/4 de metal muy noble fundido | $180.00 |
| D6781 | Corona retenedora: 3/4 de metal predominantemente básico fundido | $180.00 |
| D6782* | Corona retenedora: 3/4 de metal noble fundido | $180.00 |
| D6783* | Corona retenedora: 3/4 de porcelana/cerámica | $180.00 |
| D6240* | Puente fijo - titanio | $180.00 |
| D6241 | Puente fijo - porcelana fundida con metal muy noble | $180.00 |
| D6242* | Puente fijo - porcelana fundida con metal predominantemente básico | $180.00 |

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

# Humana Dental
## Prepaid HS190 Plan con implantes

| | | |
|---|---|---|
| D6750* | Corona retenedora: porcelana fusionada con metal muy noble | $180.00 |
| D6751 | Corona retenedora: porcelana fusionada con metal predominantemente básico | $180.00 |
| D6752* | Corona retenedora: porcelana fusionada con metal noble | $180.00 |
| D6753 | Corona retenedora: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | $180.00 |
| D6784 | Corona retenedora 3/4: titanio y aleaciones de titanio | $180.00 |
| D6790* | Corona retenedora: completa de metal muy noble fundido | $180.00 |
| D6791 | Corona retenedora: completa de metal predominantemente básico fundido | $180.00 |
| D6792* | Corona retenedora: completa de metal noble fundido | $180.00 |
| D6794* | Corona retenedora: titanio y aleaciones de titanio | $180.00 |
| D6930 | Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija | sin cargo |
| **Prostodoncia (fija)** (sustitución limitada a cada cinco años) | | **El afiliado paga** |
| D5110* | Dentadura postiza completa: maxilar | $205.00 |
| D5120* | Dentadura postiza completa: mandibular | $205.00 |
| D5130* | Dentadura postiza inmediata - maxilar | $220.00 |
| D5140* | Dentadura postiza inmediata - mandibular | $220.00 |
| D5211* | Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $235.00 |
| D5212* | Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $235.00 |
| D5213* | Dentadura postiza parcial maxilar - estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $255.00 |
| D5214* | Dentadura postiza parcial mandibular - estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $255.00 |
| D5221* | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $154.00 |
| D5222* | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $154.00 |
| 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) | $242.00 |
| 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) | $242.00 |
| D5225* | Dentadura postiza parcial superior: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $360.00 |
| D5226* | Dentadura postiza parcial inferior: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $360.00 |
| D5227* | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | $360.00 |
| D5228* | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | $360.00 |
| D5282* | Dentadura postiza parcial unilateral removible: metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar | $245.00 |
| D5283* | Dentadura postiza parcial unilateral removible: metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular | $245.00 |
| D5284* | Dentadura postiza parcial unilateral removible: base flexible de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante | $245.00 |
| D5286* | Dentadura postiza parcial unilateral removible: resina de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante | $245.00 |
| D5410 | Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar | sin cargo |
| D5411 | Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular | sin cargo |
| D5421 | Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar | sin cargo |
| D5422 | Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular | sin cargo |
| D5660* | Añadir gancho a dentadura postiza parcial existente: por diente | $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 terapéutica (no incluye restauración final): extracción de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento | $10.00 |
| D3230 | Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior primario (no incluye restauración final) | $30.00 |
| D3240 | Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior primario (no incluye restauración final) | $35.00 |
| D3221 | Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes | $45.00 |
| D3310 | Tratamiento endodóntico - diente anterior (no incluye restauración final) | $80.00 |
| D3320 | Tratamiento endodóntico - diente premolar (no incluye restauración final) | $115.00 |
| D3330 | Tratamiento endodóntico - diente molar (no incluye restauración final) | $190.00 |
| D3331 | Tratamiento de obstrucción de conducto radicular: acceso no quirúrgico | $85.00 |
| D3332 | Tratamiento endodóntico incompleto; diente inoperable, no restaurable o fracturado | $70.00 |
| D3333 | Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente | $85.00 |
| D3351 | Apexificación/recalcificación: visita inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.) | $65.00 |
| D3352 | Apexificación/recalcificación: reemplazo de medicamento provisional | $65.00 |
| D3353 | Apexificación/recalcificación: visita final (incluye terapia del conducto radicular completa: cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.) | $65.00 |
| D3410 | Apicectomía: anterior | $95.00 |
| D3421 | Apicectomía: premolar (primera raíz) | $95.00 |
| D3425 | Apicectomía: molar (primera raíz) | $95.00 |

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

| | | |
|---|---|---|
| D3426 | Apicectomía (cada raíz adicional) | $95.00 |
| D3430 | Obturación retrógrada: por raíz | $40.00 |
| 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 | sin cargo |
| 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: cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante | $110.00 |
| D4211 | Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante | $83.00 |
| D4240 | Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante | $150.00 |
| D4241 | Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular: uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos 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 | $45.00 |
| 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 | $228.00 |
| 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 por cuadrante (se pagará un máximo de cuatro (4) cuadrantes en cualquier combinación, por cada 24 meses calendario). | $30.00 |
| D4342 | Raspado periodontal y alisado radicular: 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 bucal (limitado a 1 por año cruzado reduce D1110 y 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) | $30.00 |

| **Extracciones/cirugía bucal y maxilofacial** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D7111 | Extracción, remanentes coronarios: diente primario | $5.00 |
| D7140 | Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o con pinzas) | $15.00 |
| 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 | $100.00 |
| D7250 | Extracción quirúrgica de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión) | $40.00 |
| D7260 | Cierre de fístula oroantral | $350.00 |
| D7261 | Cierre primario de perforación sinusal | $225.00 |
| D7270 | Reimplante o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado | $50.00 |

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

# Humana Dental

## Prepaid HS190 Plan con implantes

**FLORIDA**

| | | |
|---|---|---|
| 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 |
| D7285 | Biopsia incisional de tejido bucal: duro (hueso, diente) | $150.00 |
| D7286 | Biopsia incisional de tejido bucal: suave | $60.00 |
| D7287 | Obtención de muestra para estudio citológico de escamación | $50.00 |
| D7288 | Biopsia por cepillado: recogida de muestras transepiteliales | $50.00 |
| D7291 | Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe | $40.00 |
| D7310 | Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $40.00 |
| D7311 | Alveoloplastia junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $15.00 |
| D7320 | Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $60.00 |
| D7321 | Alveoloplastia aparte de extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $25.00 |
| D7450 | Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm | $120.00 |
| D7451 | Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm | $325.00 |
| D7471 | Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) | $80.00 |
| D7472 | Extirpación del torus palatino | $60.00 |
| D7473 | Extirpación del torus mandibularis | $60.00 |
| D7485 | Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea | $60.00 |
| D7510 | Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intraoral | $35.00 |
| 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 | Escisión de encía pericoronal | $40.00 |

| Reparaciones de prótesis | | El afiliado paga |
|---|---|---|
| D5511* | Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular | $30.00 |
| D5512* | Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar | $30.00 |
| D5520* | Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza completa - por diente | $30.00 |
| D5611* | Reparación de base de dentadura postiza de resina, mandibular | $30.00 |
| D5612* | Reparación de base de dentadura postiza de resina, maxilar | $30.00 |
| D5621* | Reparación de estructura de fundición, mandibular | $30.00 |
| D5622* | Reparación de estructura de fundición, maxilar | $30.00 |
| 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 | $30.00 |
| D5650* | Adición de diente a dentadura postiza parcial existente, por diente | $30.00 |
| 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 |
| D5710* | Rebasado de dentadura postiza completa maxilar | $60.00 |
| D5711* | Rebasado de dentadura postiza completa mandibular | $60.00 |
| D5720* | Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar | $60.00 |
| D5721* | Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular | $60.00 |
| D5725* | Rebasado de prótesis híbridas | $60.00 |
| D5730 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo) | $35.00 |
| D5731 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo) | $35.00 |
| D5740 | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo) | $35.00 |
| D5741 | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo) | $35.00 |
| D5750* | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto) | $60.00 |
| D5751* | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto) | $60.00 |
| D5760* | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto) | $60.00 |
| D5761* | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto) | $60.00 |
| D5765* | Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial: indirecto | $60.00 |
| 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 | $60.00 |
| D5821* | Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes): mandibular | $60.00 |
| D5850 | Acondicionamiento del tejido maxilar | $10.00 |
| D5851 | Acondicionamiento del tejido mandibular | $10.00 |

| 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 sin 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 asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos | 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 |

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

# Humana Dental

## Prepaid HS190 Plan con implantes

**FLORIDA**

| | | |
|---|---|---|
| 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 |
| D9951 | Ajuste oclusal: limitado | $30.00 |
| D9952 | Ajuste oclusal: completo | $100.00 |
| D9610 | Medicamento terapéutico parenteral: administración única | $15.00 |
| D9612 | Medicamentos terapéuticos parenterales, dos o más administraciones, medicamentos diferentes | $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 de protector oclusal | $40.00 |
| **Blanqueamiento** | | **El afiliado paga** |
| D9972 | Blanqueamiento externo: por arco, realizado en el consultorio | $125.00 |
| D9975 | Blanqueamiento externo para aplicaciones en el hogar: por arco, incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas | $125.00 |
| **Ortodoncia** | | **El afiliado paga** |
| D8070 o D8080—Tratamiento de ortodoncia integral en dentadura de transición de transición o de adolescentes: niños y adolescentes hasta los 19 años de edad; hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia de rutina para casos de Clase I y Clase II. | | |
| | Consulta | $250.00 |
| | Evaluación | sin cargo |
| | Expedientes/planificación de tratamiento | $35.00 |
| | Tratamiento de ortodoncia | $1,650.00 |
| D8090—Tratamiento de ortodoncia integral en dentadura de transición de adultos: adultos desde los 19 años de edad en adelante; hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia de rutina para casos de Clase I y Clase II. | | |
| | Consulta | $250.00 |
| | Evaluación | sin cargo |
| | Expedientes/planificación de tratamiento | $35.00 |
| | Tratamiento de ortodoncia | $1,650.00 |
| 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**.