Humana Dental
Plan Prepaid Open Access

FLORIDA

Siéntase bien al elegir un plan Humana Dental

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

- No es necesario seleccionar un dentista de cuidado primario
- 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 Open Access Dental 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

Visite **Humana.com/findadentist** para encontrar un dentista dentro de la red.

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 Open Access

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-finder.humana.com/finder/dental?customerId=1004** para encontrar un especialista participante.

Citas		El afiliado paga
D9310	Consulta (normalmente no es el mismo dentista que realiza el tratamiento)	$25.00
D9430	Consulta médica para observación: no se realizan otros servicios	sin cargo
D9440	Visita al consultorio: después del horario regular programado	$30.00
D9986	Citas incumplidas (no se cobrarán cargos debido a una emergencia)	$10.00
D9987	Citas canceladas (sin aviso con 24 horas de anticipación, por 15 minutos)	$10.00
D9999	Consulta de emergencia en horario de consulta habitual	$2.00

Diagnóstico		El afiliado paga
D0120	Evaluación oral periódica	sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada: enfocada en un problema	sin cargo
D0145	Evaluación oral limitada: enfocada en un problema	sin cargo
D0150	Evaluación oral integral: paciente nuevo o habitual	sin cargo
D0160	Evaluación oral detallada y extensiva: enfocada en un problema, por informe	sin cargo
D0170	Reevaluación: enfocada en un problema (no una visita posoperatoria)	sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o habitual	sin cargo
D0210	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas	sin cargo
D0220	Radiografías intraorales periapicales, primera imagen radiográfica	$4.00
D0230	Radiografías intraorales periapicales, cada imagen radiográfica adicional	$2.00
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 de mordida: una sola imagen radiográfica	sin cargo
D0272	Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas	sin cargo
D0273	Radiografías de mordida: tres imágenes radiográficas	sin cargo
D0274	Radiografías de mordida: cuatro imágenes radiográficas	sin cargo
D0277	Radiografías de mordida verticales: 7 a 8 imágenes radiográficas	$29.00
D0310	Sailografía	$150.00
D0320	Artrograma articular temporomandibular, incluida la inyección	$250.00
D0321	Otras películas para la articulación temporomandibular, por informe	$150.00
D0322	Inspección tomográfica	$150.00
D0330	Radiografías (imagen radiográfica panorámica)	$50.00
D0340	Radiografía cefalométrica	$125.00
D0350	Imágenes fotográficas faciales/bucales obtenidas de manera intraoral o extraoral	$20.00
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	sin cargo
D0470	Moldes de yeso 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	Limpieza: adultos	sin cargo
D1120	Limpieza: niño	sin cargo
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	$15.00
D1208	Aplicación tópica de flúor: no incluye barniz	$15.00
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 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	sin cargo
D1510	Mantenedor de espacio: fijo unilateral, por cuadrante	sin cargo
D1516	Mantenedor de espacio: fijo, bilateral, maxilar	sin cargo
D1517	Mantenedor de espacio: fijo, bilateral, mandibular	sin cargo
D1520	Mantenedor de espacio: removible, unilateral, por cuadrante	sin cargo
D1526	Mantenedor de espacio: removible, bilateral, maxilar	sin cargo
D1527	Mantenedor de espacio: removible, bilateral, mandibular	sin cargo
D1551	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral: maxilar	$15.00
D1552	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral: mandibular	$15.00
D1553	Recementado o refijación de mantenedor de espacio unilateral: por cuadrante	$15.00

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

D1556	Retiro de mantenedor de espacio fijo unilateral: por cuadrante	$15.00
D1557	Retiro de mantenedor de espacio fijo bilateral: maxilar	$15.00
D1558	Retiro de mantenedor de espacio fijo bilateral: mandibular	$15.00
D1575	Mantenedor de espacio de zapatilla distal: fijo, unilateral, por cuadrante	$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	$15.00

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	$30.00
D2331	Composite a base de resina: dos superficies, anteriores	$37.00
D2332	Composite a base de resina: tres superficies, anteriores	$50.00
D2335	Composite a base de resina: cuatro o más superficies, anteriores	$80.00
D2390	Corona de composite a base de resina: anterior	$115.00
D2391	Composite a base de resina: una superficie, posterior	$65.00
D2392	Composite a base de resina: dos superficies, posteriores	$75.00
D2393	Composite a base de resina: tres superficies, posteriores	$90.00
D2394	Composite a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores	$115.00
D2410	Lámina de oro: una superficie	$75.00
D2420	Lámina de oro: dos superficies	$95.00
D2430	Lámina de oro: tres superficies	$125.00
D2510	Incrustación inlay: metal, una superficie	$225.00
D2520	Incrustación inlay: metal, dos superficies	$235.00
D2530	Incrustación inlay: metal, tres superficies o más	$245.00
D2542	Incrustación onlay: metal, dos superficies	$325.00
D2543	Incrustación onlay: metal, tres superficies	$340.00
D2544	Incrustación onlay: metal, cuatro superficies o más	$350.00
D2610	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, una superficie	$325.00
D2620	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$350.00
D2630	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$375.00
D2642	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$410.00
D2643	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, tres superficies	$440.00
D2644	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	$450.00
D2650	Incrustación inlay: composite a base de resina, una superficie	$200.00
D2651	Incrustación inlay: composite a base de resina, dos superficies	$220.00
D2652	Incrustación inlay: composite a base de resina, tres superficies o más	$260.00
D2662	Incrustación onlay: composite a base de resina, dos superficies	$240.00
D2663	Incrustación onlay: composite a base de resina, tres superficies	$260.00
D2664	Incrustación onlay: composite a base de resina, cuatro superficies o más	$283.00

Corona y puente (limitados a uno por diente cada cinco años)		**El afiliado paga**
D2710	Corona: composite a base de resina (indirecto)	$195.00
D2712	Corona: 3/4 de composite a base de resina (indirecto)	$500.00
D2720	Corona: resina con metal muy noble	$500.00
D2721	Corona: resina con metal predominantemente básico	$425.00
D2722	Corona: resina con metal noble	$480.00
D2740	Corona: porcelana/cerámica	$500.00
D2750	Corona: porcelana fundida con metal muy noble	$500.00
D2751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente básico	$425.00
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble	$480.00
D2753	Corona: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$500.00
D2780	Corona: 3/4 de metal muy noble fundido	$495.00
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente básico moldeado	$425.00
D2782	Corona: 3/4 de metal noble moldeado	$480.00
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	$500.00
D2790	Corona: completa de metal muy noble moldeado	$500.00
D2791	Corona: completa de metal predominantemente básico moldeado	$425.00
D2792	Corona: completa de metal noble moldeado	$480.00
D2794	Corona: titanio y aleación de titanio	$500.00
D2799	Corona provisional: se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final	$125.00
D2910	Recementado o refijación de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla o restauración con cobertura parcial	$15.00
D2915	Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	sin cargo
D2920	Recementado o refijación de corona	$15.00
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	$45.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente	$55.00
D2932	Corona prefabricada de resina	$95.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	$145.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos	$70.00
D2951	Retención de pernos: por diente, además de la restauración	$15.00
D2952	Poste colado y muñón, además de corona	$88.00
D2953	Cada poste colado adicional: mismo diente	$95.00
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	$75.00
D2955	Extracción de poste (no junto con terapia endodóntica)	$30.00

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

D2957	Cada poste prefabricado adicional: mismo diente, poste de metal básico	$30.00
D2960	Carilla labial (laminado de resina): directa	$200.00
D2961	Carilla labial (laminado de resina): indirecta	$255.00
D2962	Carilla labial (laminado de porcelana): indirecta	$440.00
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	$95.00
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	Rompefuerzas	$125.00
D6950	Aditamento de precisión (separado de prótesis)	$195.00
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija: por informe	$45.00
Prostodoncia (fija) (sustitución limitada a cada cinco años, ajustes una vez al año)		**El afiliado paga**
D6210	Póntico: metal muy noble fundido	$500.00
D6211	Póntico: metal predominantemente básico fundido	$425.00
D6212	Póntico: metal noble fundido	$480.00
D6240	Póntico: porcelana fusionada con metal muy noble	$500.00
D6241	Póntico: porcelana fusionada con metal predominantemente básico	$425.00
D6242	Póntico: porcelana fusionada con metal noble	$480.00
D6790	Corona de anclaje: completa de metal muy noble fundido	$500.00
D6791	Corona de anclaje: completa de metal predominantemente básico fundido	$425.00
D6792	Corona de anclaje: completa de metal noble fundido	$480.00
D6794	Corona retenedora: titanio y aleación de titanio	$500.00
D6930	Recementado o rebasado de dentadura postiza parcial fija	$15.00
Prostodoncia (fija) (sustitución limitada a cada cinco años)		**El afiliado paga**
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	$525.00
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	$525.00
D5130	Dentadura postiza de inmediato: maxilar	$550.00
D5140	Dentadura postiza de inmediato: mandibular	$550.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$600.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$600.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$625.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$625.00
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)	$625.00
D5226	Dentadura postiza parcial inferior: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$625.00
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	$625.00
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	$625.00
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral removible: metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	$445.00
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral removible: metal de una pieza (incluye 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: superior	$15.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: inferior	$15.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial:	$15.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: inferior	$15.00
D5660	Añadir gancho a dentadura postiza parcial existente: por diente	$75.00
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)	$25.00
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)	$95.00
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior primario (no incluye restauración final)	$50.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior primario (no incluye restauración final)	$50.00
D3310	Conducto radicular anterior (diente permanente) (no incluye restauración final)	$110.00
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauración final)	$185.00
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauración final)	$245.00
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto radicular: acceso no quirúrgico	$85.00

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

D3332	Terapia endodóntica incompleta: diente fracturado o que no se puede operar	$75.00
D3333	Reparación interna de defectos por perforaciones radiculares	$125.00
D3346	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: anterior	$300.00
D3347	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: bicúspide	$350.00
D3348	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: molar	$440.00
D3351	Apexificación/recalcificación: visita inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.)	$90.00
D3352	Apexificación/recalcificación: provisional (incluye las radiografías necesarias).	$90.00
D3353	Apexificación/recalcificación: visita final (incluye terapia del conducto radicular completa, cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.)	$90.00
D3410	Apicectomía: anterior	$100.00
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz)	$315.00
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	$340.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$95.00
D3430	Obturación retrógrada: por raíz	$75.00
D3450	Amputación radicular: por raíz	$110.00
D3470	Reimplantación intencional (incluida la ferulización necesaria)	$175.00
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma	$95.00
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	$75.00
Periodoncia (tratamiento para las encías)		**El afiliado paga**
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: 4 o más dientes, por cuadrante	$175.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de 1 a 3 dientes, por cuadrante	$81.00
D4240	Colgajo gingival, incluido alisado radicular: 4 o más dientes, por cuadrante	$195.00
D4241	Colgajo gingival, incluido alisado radicular: de 1 a 3 dientes, por cuadrante	$185.00
D4245	Colgajo de reposición apical	$150.00
D4249	Alargamiento clínico de corona: tejido duro	$230.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante	$375.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre): de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante	$325.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, primer sitio del cuadrante	$450.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, cada sitio adicional del cuadrante	$325.00
D4265	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando: por sitio	$95.00
D4266	regeneración tisular guiada: barrera reabsorbible, por sitio	$325.00
D4267	regeneración tisular guiada: barrera no reabsorbible, por sitio (incluye extracción de membranas)	$325.00
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	$250.00
D4273	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor): por primer diente, implante o posicionamiento de diente en el injerto en pacientes desdentados	$335.00
D4274	Procedimiento de acuñamiento distal o proximal: un solo diente (cuando no se realiza en combinación con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	$125.00
D4275	Injerto no autógeno de tejido conectivo (incluye sitio de receptor y material de donante): por primer diente, implante o posicionamiento de diente en el injerto en pacientes desdentados	$380.00
D4277	Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor): por primer diente, implante o posicionamiento de diente en el injerto en pacientes desdentados	$245.00
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor): por cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados	$120.00
D4283	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor): por cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados	$75.00
D4285	Procedimiento de injerto no autógeno de tejido conectivo (incluye sitio quirúrgico de receptor y material de donante): por cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados	$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 de dientes delimitados por cuadrante	$50.00
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal: uno a tres dientes por cuadrante	$43.00
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada: boca completa, después de la evaluación oral	$50.00
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación periodontal completa y diagnóstico en una consulta posterior	$50.00
D4381	Administración localizada de agentes quimioterapéuticos: por diente (después de la terapia periodontal activa)	$60.00
D4381	Administración localizada de agentes quimioterapéuticos: por diente (por un diente adicional tratado en el mismo cuadrante después de la terapia periodontal activa)	$65.00
D4910	Mantenimiento periodontal	sin cargo
D4920	"Cambio no programado de apósito (a cargo de una persona distinta del dentista tratante o su personal)"	$25.00
Extracciones/cirugía bucal y maxilofacial		**El afiliado paga**
D7111	Extracción de restos coronarios: diente primario	$50.00

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

D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o con pinzas)	$20.00
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	$135.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión)	$40.00
D7260	Cierre de fístula oroantral	$160.00
D7270	Estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	$50.00
D7280	Acceso quirúrgico de un diente no erupcionado (sin incluir las muelas del juicio)	$125.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar su erupción	$125.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado	$90.00
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal: duro (hueso, diente)	$125.00
D7286	Biopsia quirúrgica de tejido bucal blando (todo lo demás)	$85.00
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
D7450	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	$65.00
D7451	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	$95.00
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	$20.00
D7451	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	$95.00
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	$20.00
D7963	Frenuloplastia	$50.00
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	$140.00
D7971	Escisión de encía pericoronal	$40.00

Reparaciones de prótesis		El afiliado paga
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota: mandibular	$75.00
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota: maxilar	$75.00
D5520	Reemplazo de diente faltante o roto: dentadura postiza completa, por diente	$75.00
D5611	Reparación de base de dentadura postiza de resina: mandibular	$75.00
D5612	Reparación de base de dentadura postiza de resina: maxilar	$75.00
D5621	Reparación de estructura parcial fundida: mandibular	$75.00
D5622	Reparación de estructura parcial fundida: maxilar	$75.00
D5630	Reparación o reemplazo de los materiales de retención o enganche rotos: por diente	$75.00
D5640	Reemplazo de diente faltante o roto: dentadura postiza parcial, por diente	$75.00
D5650	Adición de diente a dentadura postiza parcial existente, por diente	$75.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal de fundición (maxilar)	$205.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal de fundición (mandibular)	$205.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza superior completa	$175.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza inferior completa	$175.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial: superior	$195.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial: inferior	$195.00
D5725	Rebasado de prótesis híbridas	$195.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza completa superior (directo)	$105.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza completa inferior (directo)	$105.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial superior (directo)	$105.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial inferior (directo)	$105.00
D5750	Revestimiento de dentadura postiza completa superior (indirecto)	$125.00
D5751	Revestimiento de dentadura postiza completa inferior (indirecto)	$125.00
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial superior (indirecto)	$125.00
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial inferior (indirecto)	$125.00
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial: indirecto	$125.00
D5810	Dentadura postiza completa provisional (superior)	$450.00
D5811	Dentadura postiza completa provisional (inferior)	$450.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes): superior	$375.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes): inferior	$375.00
D5850	Acondicionamiento de tejido: superior	$20.00
D5851	Acondicionamiento de tejido: inferior	$20.00

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

D5862	Colocación de precisión: por informe	$150.00
D5899	Procedimiento de prostodoncia removible no especificado: por informe	sin cargo
D6214	Póntico de titanio y aleaciones de titanio	$500.00
D6245	Retenedor: metal fundido para prótesis fija adherida con resina	$605.00
D6250	Puente fijo: resina con metal muy noble	$505.00
D6251	Puente fijo: resina con metal predominantemente básico	$430.00
D6252	Puente fijo: resina con metal noble	$485.00
D6253	Póntico 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	$230.00
D6548	Retenedor: porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina	$275.00
D6549	Retenedor: resina para prótesis fija adherida con resina	$150.00
D6600	Retenedor inlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$445.00
D6601	Retenedor inlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$445.00
D6602	Retenedor inlay: metal muy noble fundido, dos superficies	$445.00
D6603	Retenedor inlay: metal muy noble fundido, tres superficies o más	$445.00
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	$445.00
D6607	Retenedor inlay: metal noble fundido, tres superficies o más	$445.00
D6608	Retenedor onlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$445.00
D6609	Retenedor onlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$445.00
D6610	Retenedor onlay: metal muy noble fundido, dos superficies	$445.00
D6611	Retenedor onlay: metal muy noble fundido, tres superficies o más	$445.00
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	$445.00
D6615	Retenedor onlay: metal noble fundido, tres superficies o más	$445.00
D6710	Corona retenedora: composite indirecto a base de resina	$445.00
D6720	Corona retenedora: resina con metal muy noble	$500.00
D6721	Corona retenedora: resina con metal predominantemente básico	$425.00
D6722	Corona retenedora: resina con metal noble	$480.00
D6740	Corona retenedora: porcelana/cerámica	$500.00
D6750	Corona retenedora: porcelana fusionada con metal muy noble	$500.00
D6751	Corona retenedora: porcelana fusionada con metal predominantemente básico	$425.00
D6752	Corona retenedora: porcelana fusionada con metal noble	$480.00
D6780	Corona retenedora: 3/4 de metal muy noble fundido	$500.00
D6781	Corona retenedora: 3/4 de metal predominantemente básico fundido	$425.00
D6782	Corona retenedora: 3/4 de metal noble fundido	$480.00
D6783	Corona retenedora: 3/4 de porcelana/cerámica	$500.00

Servicios generales complementarios		El afiliado paga
D9110	Tratamiento paliativo por dolor dental: por consulta	sin cargo
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 asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos	sin cargo
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	$125.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento posterior de 15 minutos	$15.00
D9230	Administración de óxido nitroso/ansiolisis, analgesia (por media hora)	$20.00
D9239	I.V. Sedación/analgesia moderada (consciente): primeros 15 minutos	$125.00
D9243	I.V. Sedación/analgesia moderada (consciente): cada incremento de 15 minutos subsiguiente	$55.00
D9248	Sedación no intravenosa consciente	$15.00
D9450	Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento	sin cargo
D9610	Medicamento terapéutico parenteral: administración única	$15.00
D9612	Fármacos terapéuticos por vía parenteral: dos o más administraciones	$25.00
D9630	Fármacos o medicamentos despachados en el consultorio para uso en el hogar (por cuadrante)	$15.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	$20.00
D9942	Reparación y/o revestimiento del protector oclusal	$40.00
D9944	Protector oclusal: aparato duro, arco completo	$250.00
D9945	Protector oclusal: aparato blando, arco completo	$250.00
D9946	Protector oclusal: aparato duro, arco parcial	$250.00
D9950	Análisis oclusal: caso montado	$75.00
D9951	Ajuste oclusal limitado	$25.00
D9952	Ajuste oclusal completo	$95.00

Blanqueamiento		El afiliado paga
D9972	Blanqueado externo: por arco	$135.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco, incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas $125	$125.00

Ortodoncia		El afiliado paga
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes transitorios: niño o adolescente hasta los 19 años	$1,000.00
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes de adolescentes: adolescente hasta los 19 años	$1,000.00

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

D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes de adultos: adultos, incluidos los hijos dependientes adultos cubiertos de 19 años de edad y mayores	$1,350.00
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes transitorios: niño o adolescente hasta los 19 años	$2,200.00
D8080	"Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adolescentes: adolescente hasta los 19 años"	$2,250.00
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adultos: adultos, incluidos los hijos dependientes de adultos cubiertos de 19 años de edad y mayores	$2,350.00
D8210	Terapia con aparato removible	$103.00
D8220	Terapia con aparato fijo	$103.00
D8660	Tratamiento previo a la ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo	$35.00
D8680	Retención en ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores removibles)	$300.00
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado: por informe, incluye sesión de planificación del tratamiento	$250.00

TENGA EN CUENTA:

- No todos los dentistas participantes realizan todos los tratamientos enumerados, incluidas las amalgamas. Consulte a su dentista antes del tratamiento para verificar la disponibilidad de todos los servicios.
- Cuando las coronas y/o puentes exceden seis unidades en el mismo plan de tratamiento, al paciente se le pueden cobrar $35 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 **Disclosure.Humana.com**.
- Todos los cargos por ajustes de dentadura postiza son por dentaduras postizas que no fueron fabricadas en el consultorio actual; todos los ajustes de dentadura postiza nueva realizados dentro de los 12 meses no tienen costo para el afiliado.
- Se pueden obtener copias de radiografías por $2 por cada imagen periapical hasta un máximo de $30. Se puede obtener una radiografía panorámica por un cargo de $15.
- Las cantidades del copago para los procedimientos detallados se aplican para un Dentista General Participante o para un Especialista Participante. Los servicios de especialistas solo están disponibles en áreas donde el plan dental tiene un Especialista Participante.

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

Limitaciones y exclusiones:

La Compañía no ofrece cobertura por los siguientes servicios:

A. La Compañía no cubrirá ningún servicio de ningún dentista que no sea un Dentista General Participante o Especialista Participante, excepto en el caso de cuidado en casos de emergencia fuera del área según se indica en la Sección X, Artículo C del Certificado.

B. Cualquier procedimiento que no se detalla específicamente como un beneficio cubierto en la Lista de Beneficios.

C. Siempre que se adeude alguna Contribución o Copago, el afiliado no tendrá derecho a recibir Beneficios, cambiar de Clínica Dental ni disfrutar de cualquier otro privilegio correspondiente a los Afiliados con su cuenta al día.

D. Todo aquel tratamiento dental que se haya iniciado antes de la fecha de vigencia de la elegibilidad para los beneficios del Afiliado. Esto no se aplica a tratamiento de ortodoncia en curso que estaba cubierto por el plan anterior del titular del Contrato. Para que lo cubra este Plan, el tratamiento de Ortodoncia debe figurar en la Lista de Beneficios y el tratamiento posterior debe realizarlo un dentista general participante o un especialista participante.

E. Servicios que, según la opinión del Dentista General Participante, el Especialista Participante o la Compañía, no son Tratamientos Necesarios para establecer y/o mantener la salud oral del Afiliado.

F. Cualquier servicio que no sea apropiado o que se realice habitualmente para la afección dada no tiene aprobación profesional uniforme, no tiene un pronóstico favorable o es experimental o de investigación.

G. Todo aquel servicio que no encuadre con los servicios normales y/o usuales brindados por el Dentista General Participante o el Especialista Participante o que, según la opinión del Dentista General Participante o del Especialista Participante, pondría en peligro la salud del Afiliado.

H. Todo aquel servicio que el Dentista General Participante o el Especialista Participante no estén en condiciones de brindar debido a la salud general o las limitaciones físicas del Afiliado.

I. Procedimientos, aparatos o restauraciones para cambiar la dimensión vertical, o para diagnosticar o tratar afecciones anormales de la articulación temporomandibular (ATM); o el reemplazo de aparatos extraviados, faltantes o robados.

J. Servicios prestados principalmente con fines estéticos, a menos que figuren como servicios estéticos cubiertos en su Lista de Beneficios.

K. Los servicios prestados por un especialista participante especializado en odontología pediátrica se limitan a niños de hasta 16 años.

L. No se cubre la extirpación de terceros molares asintomáticos a menos que exista patología (enfermedad). Ejemplos de afecciones sintomáticas son la caries, los quistes, la enfermedad periodontal inmanejable, la infección y la reabsorción del diente adyacente.

M. Pueden aplicarse limitaciones de frecuencia y/o edad. Consulte su Lista de Beneficios y Copagos para obtener detalles.

N. Compensación del trabajador

1. Si los beneficios los pagamos nosotros, pero determinamos que estos fueron para el tratamiento de lesiones corporales o enfermedades que surgieron o fueron sufridas en el curso de cualquier ocupación o empleo por compensación, beneficio o ganancia, nosotros tenemos derecho a recuperar lo pagado. Ejerceremos nuestro derecho de recuperación contra usted.
2. Los Derechos de recuperación se aplicarán, aunque ocurra lo siguiente:
   a. Los beneficios de la Compensación de los Trabajadores se encuentren en litigio o se efectúen mediante acuerdo o transacción.
   b. No exista una determinación final de que la lesión corporal o la enfermedad se hayan sufrido durante el transcurso de su empleo o como resultado de este.
   c. La cantidad de la Compensación de los Trabajadores debido a cuidado médico o de la salud no esté acordada o definida por usted o la compañía de seguro médico de la Compensación de los Trabajadores.
   d. Los beneficios médicos o de cuidado de la salud estén específicamente excluidos del acuerdo o compromiso de Compensación de los Trabajadores.
3. Usted acepta, en consideración a la cobertura que proporciona el Contrato, notificarnos sobre cualquier reclamación de Compensación de los Trabajadores que usted realice, y acepta reembolsarnos según lo descrito anteriormente.

O. Coronas, incrustaciones inlay, incrustaciones onlay o carillas con el fin de:

1. La alteración de la dimensión vertical de los dientes;
2. La restauración o el mantenimiento de una oclusión;
3. Ferulización de dientes, incluidos soportes múltiples; o
4. Reemplazo de una estructura dental perdida como resultado de desgaste (abrasión, atrición, erosión o abfracción)

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**.