Plan Humana Dental
Prepaid HD190

FLORIDA

Siéntase bien al elegir un plan Humana Dental

El plan dental Humana Dental HD Series 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.

- 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.

Plan Humana Dental

Prepaid HD190

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 solamente a dentistas generales participantes. Los procedimientos que no figuran en este documento no están cubiertos por el plan.

Servicios de especialistas: Este plan no incluye la cobertura de los servicios prestados por un especialista (es decir, endodoncista, cirujano oral, periodoncista, odontopediatra). Los afiliados pueden ser elegibles para recibir hasta un 25% de descuento si consultan a un especialista participante. Visite **es-finder.humana.com/finder/dental?customerId=1004** 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

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

Plan Humana Dental
Prepaid HD190

FLORIDA

D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	sin cargo
D1330	Instrucciones para la higiene oral	sin cargo
D1351	Sellador: por diente (solo dientes permanentes hasta los 16 años)	sin cargo
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

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

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
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 de anclaje - compuesto indirecto a base de resina	$180.00
D6720*	Corona de anclaje - resina con metal muy noble	$180.00
D6721	Corona de anclaje - resina con metal predominantemente básico	$180.00
D6722*	Corona de anclaje - resina con metal noble	$180.00
D6740*	Corona de anclaje - porcelana/cerámica	$180.00
D6780*	Corona de anclaje - 3/4 de metal muy noble fundido	$180.00
D6781	Corona de anclaje - 3/4 de metal predominantemente básico fundido	$180.00
D6782*	Corona de anclaje - 3/4 de metal noble fundido	$180.00
D6783*	Corona de anclaje - 3/4 de porcelana/cerámica,	$180.00

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

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
D6750*	Corona de anclaje - porcelana fundida con metal muy noble	$180.00
D6751	Corona de anclaje - porcelana fundida con metal predominantemente básico	$180.00
D6752*	Corona de anclaje - porcelana fundida con metal noble	$180.00
D6753	Corona de anclaje - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$180.00
D6784	Corona de anclaje - 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	$180.00
D6790*	Corona de anclaje - metal muy noble completamente fundido	$180.00
D6791	Corona de anclaje - metal predominantemente básico completamente fundido	$180.00
D6792*	Corona de anclaje - metal noble completamente fundido	$180.00
D6794*	Corona de anclaje - 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

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

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
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

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

Plan Humana Dental
Prepaid HD190

FLORIDA

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
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

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

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
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**
TENGA EN CUENTA: Los afiliados pueden recibir un descuento de hasta un 25 por ciento si visitan a un ortodoncista de la red. Visite **espanol.humana.com** para encontrar un ortodoncista participante.		

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**.

Asegurado o administrado 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**.