



SEGURO  
DENTAL

Sonrisas  
saludables  
para cuerpos  
saludables



Consejo Escolar del Condado de Broward

Resumen de beneficios 2025

Servicios dentales para afiliados  
866-890-4464 o 954-527-4088

[your.humana.com/sbbc](https://your.humana.com/sbbc)

Humana®



# Content

<a href="#"><u>¿Por qué contratar beneficios dentales?</u></a> .....	1
<a href="#"><u>Descripción general de la cobertura dental</u></a> .....	2
<a href="#"><u>Preguntas más frecuentes</u></a> .....	3
<a href="#"><u>Opción A: Plan dental DHMO Básico</u></a> .....	6
<a href="#"><u>Opción B: Plan dental DHMO Mejorado</u></a> .....	11
<a href="#"><u>Opción C: Plan dental PPO Básico</u></a> .....	17
<a href="#"><u>Opción D: Plan dental PPO Mejorado</u></a> .....	18
<a href="#"><u>Cobertura de implantes para los planes PPO</u></a> .....	19
<a href="#"><u>Teleodontología</u></a> .....	20
<a href="#"><u>Limitaciones y Exclusiones</u></a> .....	21
<a href="#"><u>Cómo encontrar un dentista de la red</u></a> .....	22
<a href="#"><u>Descuentos exclusivos para afiliados de Humana</u></a> .....	23
<a href="#"><u>Alineadores Transparentes Byte</u></a> .....	24
<a href="#"><u>MyHumana</u></a> .....	25





# Nuestros planes dentales le harán sonreír



En Humana, queremos ayudarle a cuidarse. La salud dental es una parte importante de su bienestar general, y los beneficios dentales de Humana ayudan a que sea fácil hacer de su cuidado dental una prioridad. Cuando se inscribe en un plan dental de Humana, se está inscribiendo en un mejor estado de salud.

## ¿Por qué contratar beneficios dentales?



Si nunca ha contratado un seguro dental, **le sorprenderá gratamente el costo mensual.**



**El cuidado dental preventivo, como exámenes y limpiezas,** ayuda a detener los problemas antes de que se inicien, lo que le hace ahorrar tiempo y dinero a largo plazo. Y si acude a un dentista de la red, el cuidado preventivo no tiene costo adicional para usted.



Durante años, los médicos han reconocido la relación entre la salud oral y la salud de todo el cuerpo. **Las limpiezas dentales rutinarias pueden ayudar a reducir el riesgo de enfermedad del corazón, derrame cerebral y demencia.**



Además, **cuidar de usted está en la esencia de todo lo que hacemos,** por lo que le facilitamos la obtención de la ayuda que necesite, cuando la necesite. Nuestros equipos de servicio están siempre dispuestos a ayudarle y responder a sus preguntas.



**Revise la información sobre beneficios en esta guía para elegir el plan dental más adecuado para usted.**

# Descripción general de la cobertura dental

Conforme a su cobertura dental, usted puede seleccionar **una de cuatro opciones diferentes**:

## Opción A: Plan dental de cuidado administrado DHMO Básico

Este plan destaca el cuidado preventivo y ofrece otros servicios más amplios. La mayoría de los servicios preventivos y de diagnóstico están cubiertos sin cargo adicional, y hay ahorros significativos disponibles en otros servicios dentales. Los copagos enumerados son las tarifas máximas que cobrará el dentista general participante por los servicios cubiertos específicos. Si necesita un especialista (es decir, endodoncista, ortodoncista, cirujano oral, periodoncista, prostodoncista, dentista pediátrico), usted puede referirse a sí mismo a cualquier especialista participante de la red. Luego de identificarse como afiliado de Humana/CompBenefits, recibirá una reducción del 25% de las tarifas usuales y habituales por los servicios prestados.

## Opción B: Plan dental de cuidado administrado DHMO Mejorado

Este plan proporciona una cobertura similar al plan básico cuando utiliza los servicios de su dentista general participante. Los copagos enumerados son las tarifas máximas que cobrará el dentista general o especialista participante.

**Con un plan dental de cuidado administrado básico o mejorado, usted recibe los siguientes beneficios:**

- Sin deducible
- Sin formularios de reclamaciones
- Sin beneficio máximo anual
- Sin períodos de espera
- Sin limitaciones por afecciones preexistentes

## Opción C: Plan dental PPO Básico

Con este plan usted tiene la libertad de seleccionar cualquier dentista que desee. Si elige ver a un dentista participante de una PPO, recibirá un nivel superior de reembolso. En el momento de recibir los servicios, usted puede decidir si desea utilizar o no un proveedor participante.

## Opción D: Plan dental PPO Mejorado

Con este plan usted tiene la libertad de seleccionar cualquier dentista que desee. Si elige ver a un dentista participante de una PPO, recibirá un nivel superior de reembolso. En el momento de recibir los servicios, usted puede decidir si desea utilizar o no un proveedor participante. Esta opción ofrece cobertura de ortodoncia y un máximo anual más alto para servicios preventivos básicos e importantes.

Red dental preferida	Fuera de la red
<b>Deducible anual:</b> \$25 por persona (Máx. 3/fam.) Exento para la Clase 1	<b>Deducible anual:</b> \$50 por persona (Máx. 3/fam.) Exento para la Clase 1
<b>Beneficio por año calendario:</b> Básico: \$1,250 Mejorado: \$2,000	<b>Beneficio por año calendario:</b> Básico: \$1,250 Mejorado: \$2,000
<b>Clase I</b> 100% del Programa del PPO - (Sin deducible)	<b>Clase I</b> 90% del Programa del PPO - (Sin deducible)
<b>Clase II</b> 80% del Programa del PPO - (Después del deducible)	<b>Clase II</b> 70% del Programa del PPO - (Después del deducible)
<b>Clase III</b> 50% del Programa del PPO - (Después del deducible)	<b>Clase III</b> 40% del Programa del PPO - (Después del deducible)
<b>Clase IV</b> Los beneficios de ortodoncia solo están disponibles en el plan PPO Mejorado. Para beneficios de ortodoncia para adultos y niños, consulte el Programa de beneficios del PPO	<b>Clase IV</b> Los beneficios de ortodoncia solo están disponibles en el plan PPO Mejorado. Para beneficios de ortodoncia para adultos y niños, consulte el Programa de beneficios del PPO

# Preguntas más frecuentes

## Opciones A y B: Planes dentales de cuidado administrado DHMO Básico y DHMO Mejorado

### ¿Dónde puedo recibir los beneficios de Humana/CompBenefits?

Los beneficios dentales de Humana/CompBenefits son proporcionados por dentistas generales participantes y especialistas participantes. Si se ha afiliado a un plan DHMO Básico o Mejorado, deberá seleccionar un dentista de cuidado primario (PCD, por sus siglas en inglés) participante. Puede buscar un proveedor participante en línea en [your.humana.com/sbbc](http://your.humana.com/sbbc) o comunicándose con Servicios para afiliados después de su fecha de entrada en vigencia.

### ¿Cómo obtengo una cita dental?

Simplemente llame a su dentista general participante seleccionado y programe una cita. Tómese un momento y confirme la fecha de vigencia de su cobertura, que está impresa en su tarjeta de identificación. Espere hasta la fecha de entrada en vigencia para programar una cita con su dentista general participante asignado.

### ¿Qué debo hacer si necesito cancelar mi cita?

Si necesita cancelar una cita, llame a su dentista general participante al menos 24 horas antes de su cita. Los dentistas trabajan por citas y pueden cobrar por una cita incumplida.

### Cuando vaya a mi dentista general participante seleccionado, ¿qué tratamiento recibiré?

Su dentista general participante evaluará sus necesidades dentales totales. Asegúrese de comprender el plan de tratamiento recomendado y los cargos propuestos. Puede solicitar una copia escrita de su plan de tratamiento. Si tiene alguna pregunta sobre su plan de tratamiento, coméntela con su dentista general participante. Si tiene preguntas sobre el Programa de beneficios, comuníquese con Servicios para afiliados de Humana/CompBenefits.

### ¿Qué ocurre si deseo una segunda opinión?

Puede obtener una segunda opinión de uno de los dentistas generales participantes de Humana/CompBenefits. Su Programa de beneficios le mostrará cuál será su costo. Simplemente llame a un dentista general participante y dígame al recepcionista que le gustaría una cita de segunda opinión. Asegúrese de indicar que es afiliado de Humana/CompBenefits. El dentista evaluará su situación y la comentará con usted. Si se presta algún servicio, usted será responsable del costo.

### ¿Qué debo hacer si necesito tratamiento de emergencia?

Llame a su dentista general participante y solicite una cita de emergencia para el tratamiento de afecciones accidentales, dolorosas o urgentes. Su Programa de beneficios muestra el copago por las citas de emergencia. Este copago es adicional a cualquier copago por tratamiento. Si su dentista general participante no está disponible, comuníquese con Servicios para afiliados de Humana/CompBenefits. Le ayudaremos a encontrar otro dentista general participante que pueda brindarle cuidado médico en casos de emergencia. Consulte su Certificado de beneficios para obtener información específica sobre el cuidado médico en casos de emergencia “fuera del área”.

## ¿Está cubierto el cuidado de un especialista?

El cuidado de especialidad está cubierto. Con el plan básico, usted puede consultar a cualquier especialista participante y recibir una reducción del 25% en la tarifa normal de ese especialista. Su Programa de beneficios se aplicará a las consultas con sus especialistas conforme al plan mejorado.

## ¿Todas las personas incluidas en mi póliza deben usar el mismo dentista general?

No, usted y cada uno de los miembros de su familia cubiertos pueden seleccionar un dentista general participante diferente.

## ¿Cuáles son mis cargos si un procedimiento no figura en mi Programa de beneficios?

Algunos servicios se detallan específicamente como exclusiones en su Programa de beneficios. Usted no tiene beneficios para estos servicios. Cualquier servicio que no esté específicamente excluido, pero que no esté enumerado con un copago específico, está disponible a las tarifas usuales y habituales del dentista general participante menos el 25%, salvo que se indique lo contrario en su Programa de beneficios. Las tarifas usuales y habituales son las tarifas que habitualmente cobra un dentista general participante por los servicios dentales. Humana/CompBenefits no determina estos cargos.

## ¿Puedo cambiar de un dentista general participante a otro?

Sí, puede cambiar de dentista general participante simplemente llamando a Servicios para afiliados de Humana/CompBenefits. Si solicita un cambio antes del día 15 del mes, entrará en vigencia el primer día del mes siguiente (si no tiene un saldo adeudado con su dentista general participante actual).

## Opciones C y D: Planes dentales PPO Básico y PPO Mejorado.

### ¿Cuál es mi deducible?

Su deducible variará dependiendo de si elige o no utilizar un proveedor PPO participante. Cuando utilice el dentista de la red PPO, tendrá un deducible de \$25 por año calendario (máximo de \$75 por familia). Cuando utilice un dentista fuera de la red, tendrá un deducible de \$50 por año calendario (máximo de \$150 por familia).

### ¿Cuál es mi beneficio máximo?

El beneficio máximo pagadero es de \$1,250 por afiliado cubierto por año calendario en el plan PPO Básico y de \$2,000 en el plan PPO Mejorado.

### ¿Quién presenta mi reclamación, mi dentista o yo?

Es su responsabilidad asegurarse de que se presenten las reclamaciones. Sin embargo, algunos consultorios dentales con gusto le ayudarán a presentar una reclamación.

### ¿Quién recibe el pago, mi dentista o yo?

Le recomendamos que hable de esto con su dentista antes de que le brinde sus servicios. El reembolso se determinará "asignando" beneficios en el momento en que se complete su formulario de reclamación. Es posible que su dentista desee que usted le pague directamente, y que luego usted reciba un reembolso, o que su dentista prefiera que la compañía de seguros pague su reclamación directamente al dentista.

## ¿Cómo se coordinan los beneficios si estoy cubierto por más de una póliza?

Si tiene cobertura con dos compañías de seguros, le recomendamos que presente una reclamación ante ambas compañías. Una compañía será considerada "principal" y, por lo tanto, pagará los beneficios primero. La otra compañía será considerada "secundaria" y pagará sus beneficios solo después de que la compañía "principal" lo haya hecho. El total de los beneficios pagados por las dos compañías no excederá sus costos reales.

## ¿Cómo obtengo un formulario de reclamación?

Algunos consultorios dentales pueden tener formularios de reclamación y otros no. En caso de que ni su consultorio dental ni su oficina de Beneficios del seguro dispongan de formularios de reclamación, Humana/CompBenefits con gusto le proporcionará uno. Llame al **866-890-4464** o al **954-527-4088**.

## ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una reclamación?

Todas las reclamaciones deben presentarse en el plazo de un (1) año a partir de la fecha del servicio.

## ¿Puedo ir a cualquier dentista?

Su póliza le permite visitar al dentista de su elección. Recuerde que recibirá beneficios mejorados cuando utilice un proveedor participante de la PPO. Consulte su Programa de beneficios para obtener más información.

## ¿Mi plan tiene cobertura de ortodoncia?

La ortodoncia para adultos y niños estará cubierta según los reembolsos máximos del plan mejorado únicamente.

## ¿Cómo sé cuánto me reembolsarán?

Humana/CompBenefits recomienda que se presente una predeterminación de los beneficios para cualquier trabajo de más de \$200.00 a fin de predecir con exactitud sus gastos de desembolso personal.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los cuatro planes, llame a la línea directa del Servicios para afiliados de Humana/CompBenefits al **866-890-4464** o al **954-527-4088**.

# Opción A: Plan dental DHMO Básico

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor SBBC 97

Código ADA	Procedimiento	Costo a cargo del afiliado
<b>Citas</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
9430	Visita al consultorio, durante el horario regular programado	sin cargo
9440	Visita de emergencia, fuera del horario de atención	\$35
9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) por dolor dental, procedimiento menor	\$15
0999	Diagnóstico y presentación del plan de tratamiento	sin cargo
9999	Citas incumplidas (sin aviso con 24 horas de anticipación), por 30 minutos hasta un máximo de \$40	\$10
<b>Servicios de diagnóstico</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
0120	Evaluación oral periódica	sin cargo
0140	Evaluación oral limitada, enfocada en un problema	sin cargo
0150	Evaluación oral integral, paciente nuevo o habitual	sin cargo
0240	Radiografía oclusal intraoral	sin cargo
0470	Moldes de diagnóstico	sin cargo
0999	Diagnóstico y presentación del plan de tratamiento	sin cargo
9310	Consultas (servicios de diagnóstico provistos por un dentista que no sea el profesional que brinda el tratamiento)	\$8
<b>Servicios preventivos</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
1110	Profilaxis, adultos (máximo cuatro por año)	sin cargo
1120	Profilaxis, niños (máximo cuatro por año)	sin cargo
1208	Aplicación tópica de flúor (incluye profilaxis), niños	sin cargo
1208	Aplicación tópica de flúor (no se incluye profilaxis), para niños	sin cargo
1330	Instrucciones para la higiene oral	sin cargo
1351	Sellador - por diente	sin cargo
<b>Radiografías</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
0210	Intraoral, serie completa (incluye radiografías de mordida)	sin cargo
0220	Intraoral, periapical, primera radiografía	sin cargo
0230	Intraoral, periapical, cada radiografía adicional	sin cargo
0270	Radiografías de mordida, una sola radiografía	sin cargo
0272	Radiografías de mordida, dos radiografías	sin cargo
0274	Radiografías de mordida, cuatro radiografías	sin cargo
0330	Radiografía panorámica	sin cargo
<b>Mantenedores de espacios</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
1510	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral	\$35
1516	Mantenedor de espacio: fijo, bilateral, maxilar	\$35
1517	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular	\$35
1520	Mantenedor de espacio, removible, unilateral	\$75
1526	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, maxilar	\$75
1527	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular	\$75
<b>Servicios de restauración</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
2940	Empaste con sedante	sin cargo
2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	sin cargo
2150	Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	sin cargo

# Opción A: Plan dental DHMO Básico

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor SBBC 97

Código ADA	Procedimiento	Costo a cargo del afiliado
<b>Servicios de restauración (cont.)</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
2160	Amalgama: tres superficies, primaria o permanente	sin cargo
2161	Amalgama: cuatro superficies o más, primaria o permanente	sin cargo
2330	Composite a base de resina: una superficie, anterior	sin cargo
2331	Composite a base de resina: dos superficies, anteriores	sin cargo
2332	Composite a base de resina: tres superficies, anteriores	sin cargo
2335	Composite a base de resina, cuatro o más superficies o con ángulo incisal (anteriores)	sin cargo
2510	Incrustación inlay: metálica, una superficie	\$85
2520	Incrustación inlay: metálica, dos superficies	\$95
2530	Incrustación inlay: metálica, tres superficies o más	\$120
2543	Incrustación onlay, metálica, tres superficies (además de incrustación inlay)	\$150
2544	Incrustación onlay, metálica, cuatro o más superficies (además de incrustación inlay)	\$150
2781	Corona: 3/4 metal predominantemente básico colado	\$175
2790	Corona: completa de metal muy noble fundido	\$185
2791	Corona: completa de metal predominantemente básico fundido	\$185
2792	Corona: completa de metal noble fundido	\$185
2940	Empaste con sedante	sin cargo
2951	Retención de pernos: por diente, además de la restauración	sin cargo
2999	Grabado ácido, restauraciones de composite con base de resina (por diente)	\$10
<b>*Corona y puente</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
2930	De acero inoxidable prefabricados, diente primario	\$35
2750	Corona: porcelana fusionada con metal muy noble	\$200
2751	Corona: porcelana fusionada con metal predominantemente básico	\$200
2752	Corona: porcelana fusionada con metal noble	\$200
6750	Corona: porcelana fusionada con metal muy noble	\$200
6751	Corona: porcelana fusionada con metal predominantemente básico	\$200
6752	Corona: porcelana fusionada con metal noble	\$200
2790	Corona: completa de metal muy noble fundido	\$185
2791	Corona: completa de metal predominantemente básico fundido	\$185
2792	Corona: completa de metal noble fundido	\$185
6790	Corona: completa de metal muy noble fundido	\$185
6791	Corona: completa de metal predominantemente básico fundido	\$185
6792	Corona: completa de metal noble fundido	\$185
2910	Recementado de incrustación inlay, onlay o restauración de cobertura parcial	\$10
2920	Recementado de corona	sin cargo
6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija	\$10
2952	Poste y muñón fundido, además de la corona	\$60
6210	Póntico: metal muy noble fundido	\$185
6211	Póntico: metal predominantemente básico fundido	\$185
6212	Póntico: metal noble fundido	\$185
6240	Póntico: porcelana fusionada con metal muy noble	\$200

# Opción A: Plan dental DHMO Básico

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor SBBC 97

Código ADA	Procedimiento	Costo a cargo del afiliado
<b>*Corona y puente (cont.)</b>		
6241	Tramo de puente, porcelana con metal predominantemente básico	\$200
6242	Tramo de puente, porcelana fusionada con metal noble	\$200
<b>Endodoncia</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final)	\$20
3310	Anterior (no incluye restauración final)	\$80
3320	Diente bicúspide (no incluye restauración final)	\$135
3330	Molar (no incluye restauración final)	\$175
3410	Apicectomía/cirugía perirradicular (anterior)	\$65
<b>Servicios complementarios - por cuadrante</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
9951	Ajuste oclusal: limitado	\$20
9952	Ajuste oclusal: completo	\$65
<b>Periodoncia</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos por cuadrante	\$105
4211	Gingivectomía o gingivoplastia, uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos por cuadrante	\$105
4341	Alisado y raspado radicular periodontal, cuatro o más dientes por cuadrante	\$37.50
4342	Alisado y raspado radicular periodontal, uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos por cuadrante	\$37.50
<b>*Prostodoncia</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
<b>Dentaduras postizas completas estándar (incluye ajustes dentro de los 60 días):</b>		
5110	Dentadura postiza completa, maxilar (incluye ajustes dentro de los primeros sesenta días)	\$200
5120	Dentadura postiza completa, mandibular (incluye ajustes dentro de los primeros sesenta días)	\$200
5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar (incluye ajustes dentro de los primeros sesenta días)	\$230
5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular (incluye ajustes dentro de los primeros sesenta días)	\$230
5999	Dentadura postiza completa duplicada, cada unidad	\$100
<b>*Dentaduras postizas parciales:</b>		
5211	Dentadura postiza parcial maxilar, a base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$205
5212	Dentadura postiza parcial mandibular, a base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$205
5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal fundido con dentadura a base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$280
5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal fundido con dentadura a base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$280
5999	Dentadura postiza completa duplicada, cada unidad	\$100
<b>*Reparaciones de prótesis (parciales o completas)</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar (después de los primeros sesenta días)	\$50
5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular (después de los primeros sesenta días)	\$50
5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar (después de los primeros sesenta días)	\$50
5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular (después de los primeros sesenta días)	\$50
5511	Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa	\$65
5512	Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa	\$65

# Opción A: Plan dental DHMO Básico

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor SBBC 97

Código ADA	Procedimiento	Costo a cargo del afiliado
<b>*Reparaciones de prótesis (parciales o completas) (cont.)</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
5520	Reemplazo de diente faltante o roto: dentadura postiza completa (cada diente)	\$85
5630	Reparación o reemplazo de retenedor roto	\$10
5730	Revestimiento de dentadura postiza completa maxilar (consultorio)	\$25
5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (consultorio)	\$25
5750	Revestimiento de dentadura postiza completa maxilar (laboratorio)	\$45
5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)	\$45
5850	Acondicionamiento del tejido maxilar	\$30
5999	Dentadura postiza completa duplicada, cada unidad	\$100
<b>Extracciones/cirugía oral</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
7111	Extracción, remanentes coronarios: diente primario	sin cargo
7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o con pinzas)	sin cargo
7310	Alveoplastia junto con extracciones, por cuadrante	\$37.50
7311	Alveoplastia junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$37.50
7320	Alveoplastia no junto con extracciones: por cuadrante	\$37.50
7321	Alveoplastia aparte de extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$37.50
<b>Extracciones quirúrgicas:</b>		
7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere elevación del colgajo mucoperióstico y extracción de hueso y/o sección del diente	\$20
7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	\$25
7230	Extracción de diente impactado: parcialmente osificado	\$50
7240	Extracción de diente impactado: completamente osificado	\$75
7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión)	\$20
7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, lesión de menos de 1.25 cm de diámetro	\$25
7451	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	\$40
7961	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía), procedimiento separado	\$36
7962	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía), procedimiento separado	\$36
7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	\$35
<b>Ortodoncia (aparatos de ortodoncia)</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
8999	Consulta inicial de ortodoncia: el beneficio de la compañía cubre el 25% de la tarifa. Los casos en tratamiento son elegibles para beneficios únicamente a criterio de los ortodoncistas participantes	sin cargo
<b>Anestesia</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
9215	Anestesia local	sin cargo
9230	Analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso, primeros 30 minutos	\$10
9310	Consultas (servicios de diagnóstico provistos por un dentista que no sea el profesional que brinda el tratamiento)	\$8
<b>Servicios generales complementarios</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
9951	Ajuste oclusal: limitado	\$20
9952	Ajuste oclusal: completo	\$65

\*Los precios indicados más arriba no incluyen oro ni tarifas de laboratorio que pueden ser adicionales.  
Current Dental Terminology © 2004 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

# Opción A: Plan dental DHMO Básico

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor SBBC 97

### Especialistas

Todos los servicios y procedimientos dentales realizados por los especialistas participantes con un costo de la tarifa normal menos el 25% cuando corresponda. Los beneficios de especialistas solo están disponibles en áreas donde Humana/CompBenefits tiene un especialista participante. Los copagos se aplican únicamente cuando el tratamiento se realiza en el consultorio de un dentista general participante. Si se requieren los servicios de un especialista, estos copagos no se aplican.

### Tenga en cuenta:

1. Los copagos indicados más arriba se aplican únicamente cuando el tratamiento se realiza en el consultorio de un dentista general participante. Si necesita los servicios de un especialista participante, estos copagos no se aplican.
2. Si necesita un especialista (es decir, endodoncista, cirujano oral, periodoncista, dentista pediátrico, ortodoncista), su dentista general participante puede referirle, o usted puede referirse a sí mismo, a un especialista participante. Una vez que se identifique como afiliado de Humana/CompBenefits, recibirá un descuento del 25% de la tarifa habitual del especialista participante por los servicios prestados. Los servicios de especialistas están disponibles en áreas donde el plan dental tiene un especialista participante.
3. Los copagos indicados arriba para el tratamiento de corona y puente no incluyen el costo adicional por metal noble (semiprecioso) o muy noble (precioso).
4. No todos los dentistas participantes realizan todos los tratamientos cubiertos en la lista, incluidas las amalgamas. Consulte a su dentista antes del tratamiento para verificar la disponibilidad de todos los servicios.
5. Hay procedimientos no enumerados que están disponibles con un costo de la tarifa habitual del dentista participante, menos el 25%.
6. Cobertura de implantes, costo de la tarifa habitual menos el 25% por servicios de implantes.

# Opción B: Plan dental DHMO Mejorado

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor FGC+B

Código ADA	Procedimiento	Costo a cargo del afiliado
<b>Citas</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
9430	Visita al consultorio, durante el horario regular programado	sin cargo
9440	Visita de emergencia, fuera del horario de atención	\$35
0999	Diagnóstico y presentación del plan de tratamiento	sin cargo
<b>Diagnóstico</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
0110	Examen oral inicial	sin cargo
0120	Evaluación oral periódica	sin cargo
0150	Evaluación oral integral, paciente nuevo o habitual	sin cargo
0460	Prueba de vitalidad pulpar	sin cargo
0470	Moldes de diagnóstico	sin cargo
0999	Diagnóstico y presentación del plan de tratamiento	sin cargo
9310	Consultas (servicios de diagnóstico provistos por un dentista que no sea el profesional que brinda el tratamiento)	\$8
<b>Radiografías</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
0210	Intraoral, serie completa (incluye radiografías de mordida)	sin cargo
0220	Intraoral, periapical, primera radiografía	sin cargo
0230	Intraoral, periapical, cada radiografía adicional	sin cargo
0270	Radiografías de mordida, una sola radiografía	sin cargo
0272	Radiografías de mordida, dos radiografías	sin cargo
0274	Radiografías de mordida, cuatro radiografías	sin cargo
0330	Radiografía panorámica	sin cargo
<b>Servicios preventivos</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
1110	Profilaxis, adultos (máximo cuatro por año)	sin cargo
1120	Profilaxis, niños (máximo cuatro por año)	sin cargo
1208	Aplicación tópica de flúor (incluye profilaxis), niños y adolescentes hasta los 16 años	sin cargo
1208	Aplicación tópica de flúor (no se incluye profilaxis), niños y adolescentes hasta los 16 años	sin cargo
1208	Aplicación tópica de flúor (no se incluye profilaxis), niños y adolescentes hasta los 16 años	sin cargo
1208	Aplicación tópica de flúor (incluye profilaxis), adultos	sin cargo
1330	Instrucciones para la higiene oral	sin cargo
1351	Sellador, por diente	sin cargo
<b>Mantenedores de espacios</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
1510	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral	\$35
1516	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral	\$35
1517	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular	\$35
1520	Mantenedor de espacio, removible, unilateral	\$75
1526	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, maxilar y mandibular	\$75
1527	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, maxilar y mandibular	\$75
<b>Restauración (empastes)</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
<b>Amalgama (plata)</b>		
2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	sin cargo
2150	Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	sin cargo
2160	Amalgama: tres superficies, primaria o permanente	sin cargo
2161	Amalgama: cuatro superficies o más, primaria o permanente	sin cargo

# Opción B: Plan dental DHMO Mejorado

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor FGC+B

Código ADA	Procedimiento	Costo a cargo del afiliado
<b>Servicios de restauración (empastes) (cont.)</b>		
<b>Restauración de resina (incluido grabado ácido, revestimiento de ionómero de vidrio)</b>		
2330	Composite a base de resina: una superficie, anterior	\$12
2331	Composite a base de resina: dos superficies, anteriores	\$20
2332	Composite a base de resina: tres superficies, anteriores	\$25
2510	Incrustación inlay, metálica, una superficie	\$85
2520	Incrustación inlay, metálica, dos superficies	\$95
2530	Incrustación inlay, metálica, tres superficies o más	\$120
2542	Incrustación onlay, metálica, dos superficies (además de incrustación inlay)	\$150
2543	Incrustación onlay, metálica, tres superficies (además de incrustación inlay)	\$150
2544	Incrustación onlay, metálica, cuatro o más superficies (además de incrustación inlay)	\$150
2781	Corona: 3/4 metal predominantemente básico colado	\$175
2940	Empaste con sedante	sin cargo
2951	Retención de pernos: por diente, además de la restauración	\$12
<b>*Corona y puente</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
2930	De acero inoxidable prefabricados, diente primario	\$35
2932	Corona prefabricada de resina	\$45
2790	Corona: completa de metal muy noble fundido	\$185
2791	Corona: completa de metal predominantemente básico fundido	\$185
2792	Corona: completa de metal noble fundido	\$185
6790	Corona: completa de metal muy noble fundido	\$185
6791	Corona: completa de metal predominantemente básico fundido	\$185
6792	Corona: completa de metal noble fundido	\$185
2750	Corona: porcelana fusionada con metal muy noble	\$200
2751	Corona: porcelana fusionada con metal predominantemente básico	\$200
2752	Corona: porcelana fusionada con metal noble	\$200
6750	Corona: porcelana fusionada con metal muy noble	\$200
6751	Corona: porcelana fusionada con metal predominantemente básico	\$200
6752	Corona: porcelana fusionada con metal noble	\$200
<b>*Tramos de puente</b>		
6210	Póntico: metal muy noble fundido	\$185
6211	Póntico: metal predominantemente básico fundido	\$185
6212	Póntico: metal noble fundido	\$185
6240	Póntico: porcelana fusionada con metal muy noble	\$200
6241	Tramo de puente, porcelana con metal predominantemente básico	\$200
6242	Tramo de puente, porcelana fusionada con metal noble	\$200
2952	Poste y muñón fundido, además de la corona	\$90
2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	\$60
2910	Recementado de incrustación inlay, onlay o restauración de cobertura parcial	\$10
2920	Recementado de corona	\$10
6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija	\$10

# Opción B: Plan dental DHMO Mejorado

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor FGC+B

Código ADA	Procedimiento	Costo a cargo del afiliado
<b>Endodoncia</b>		
3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final)	\$20
<b>Tratamiento de conducto radicular</b>		
3310	Anterior (no incluye restauración final)	\$95
3320	Diente bicúspide (no incluye restauración final)	\$135
3330	Molar (no incluye restauración final)	\$175
3410	Apicectomía/cirugía perirradicular (anterior)	\$65
<b>Periodoncia</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos por cuadrante	\$105
4211	Gingivectomía o gingivoplastia, uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos por cuadrante	\$105
4260	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo), cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes consecutivos por cuadrante	\$300
4261	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo), uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes contiguos por cuadrante	\$300
4271	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (cirugía del sitio donante incluida)	\$215
4341	Alisado y raspado radicular periodontal, cuatro o más dientes por cuadrante	\$37.50
4342	Alisado y raspado radicular periodontal, uno a tres dientes por cuadrante	\$37.50
4355	Desbridamiento de boca completa para permitir evaluación y diagnóstico exhaustivos	\$35
4910	Mantenimiento periodontal	\$35
<b>Prostodoncia</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
<b>Dentaduras postizas completas estándar (incluye ajustes dentro de los 30 días):</b>		
5110	Dentadura postiza completa, maxilar (incluye ajustes dentro de los primeros 30 días)	\$200
5120	Dentadura postiza completa, mandibular (incluye ajustes dentro de los primeros 30 días)	\$200
5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar (incluye ajustes dentro de los primeros 30 días)	\$230
5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular (incluye ajustes dentro de los primeros 30 días)	\$230
<b>Dentaduras postizas parciales (incluye ajustes dentro de los 30 días):</b>		
5211	Dentadura postiza parcial maxilar, a base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$205
5212	Dentadura postiza parcial mandibular, a base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$205
5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal fundido con dentadura a base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$280
5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal fundido con dentadura a base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$280
5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	\$10
5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	\$10
5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	\$10
5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	\$10
<b>*Reparaciones de prótesis</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
5511	Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa	\$15 más laboratorio
5512	Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa	\$15 más laboratorio
5520	Reemplazo de diente faltante o roto: dentadura postiza completa (cada diente)	\$7 más laboratorio
5630	Reparación o reemplazo de retenedor roto	\$15 más laboratorio

# Opción B: Plan dental DHMO Mejorado

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor FGC+B

Código ADA	Procedimiento	Costo a cargo del afiliado
<b>*Reparaciones de prótesis (cont.)</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	\$7 más laboratorio
5650	Adición de diente a dentadura postiza parcial existente	\$30
5850	Acondicionamiento del tejido maxilar	\$25
5851	Acondicionamiento del tejido mandibular	\$25
5730	Revestimiento de dentadura postiza completa maxilar (consultorio)	\$45
5731	Revestimiento de dentadura postiza completa mandibular (consultorio)	\$45
5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (consultorio)	\$45
5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (consultorio)	\$45
5750	Revestimiento de dentadura postiza completa maxilar (laboratorio)	\$35 más laboratorio
5751	Revestimiento de dentadura postiza completa mandibular (laboratorio)	\$35 más laboratorio
5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)	\$35 más laboratorio
5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)	\$35 más laboratorio
<b>Extracciones/cirugía oral</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
7111	Extracción, remanentes coronarios: diente primario	sin cargo
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o con pinzas)	sin cargo
7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere elevación del colgajo mucoperióstico y extracción de hueso y/o sección del diente	\$20
7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	\$25
7230	Extracción de diente impactado: parcialmente osificado	\$50
7240	Extracción de diente impactado: completamente osificado	\$75
7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión)	\$20
7310	Alveoloplastia junto con extracciones, por cuadrante	\$25
7311	Alveoloplastia junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$25
7320	Alveoloplastia aparte de extracciones, por cuadrante	\$25
7321	Alveoloplastia aparte de extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$25
7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, lesión de hasta 1.25 cm de diámetro	\$25
7451	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, lesión de más de 1.25 cm de diámetro	\$40
7510	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intraoral	\$18
7961	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía), procedimiento separado	\$36
7962	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía), procedimiento separado	\$36
7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	\$35
<b>Ortodoncia</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
<b>Terapia de ortodoncia: la tarifa por ortodoncia para un caso de banda normal de Clase II durante un máximo de 24 meses:</b>		
8070	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes transitorios	\$1,400
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	\$35
	Plan de tratamiento y registros	\$250

# Opción B: Plan dental DHMO Mejorado

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor FGC+B

Código ADA	Procedimiento	Costo a cargo del afiliado
<b>Ortodoncia (cont.)</b>		
8080	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adolescentes	\$1,400
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	\$35
	Plan de tratamiento y registros	\$250
8090	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adultos	\$1,900
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	\$35
	Plan de tratamiento y registros	\$250
8680	Retención en ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedor[es])	Adicional
<b>Anestesia</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) por dolor dental, procedimiento menor	\$15
9215	Anestesia local	sin cargo
<b>Servicios complementarios</b>		<b>Costo a cargo del afiliado</b>
9951	Ajuste oclusal: limitado	\$20
9952	Ajuste oclusal: completo	\$150
9999	Citas incumplidas (sin aviso con 24 horas de anticipación), por 15 minutos hasta un máximo de \$40.00	\$10

\*Los precios indicados más arriba no incluyen oro ni tarifas de laboratorio que pueden ser adicionales.  
Current Dental Terminology © 2004 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

# Opción B: Plan dental DHMO Mejorado

## Programa de beneficios y copagos del suscriptor FGC+B

### Especialistas

Si necesita un especialista (es decir, endodoncista, cirujano oral, periodoncista, prostodoncista, dentista pediátrico), su dentista general participante puede referirle. Las cantidades de los copagos se aplican cuando el tratamiento lo realiza su dentista general participante seleccionado o un especialista participante.

### Tenga en cuenta:

1. Los copagos indicados más arriba se aplican únicamente cuando el tratamiento se realiza en el consultorio de un dentista general o especialista participante.
2. Si necesita un especialista (es decir, endodoncista, cirujano oral, periodoncista, dentista pediátrico, ortodoncista), su dentista general participante puede referirle, o usted puede referirse a sí mismo, a un especialista participante.
3. Los copagos indicados arriba para el tratamiento de corona y puente no incluyen el costo adicional por metal noble (semiprecioso) o muy noble (precioso).
4. No todos los dentistas participantes realizan todos los tratamientos cubiertos en la lista, incluidas las amalgamas. Consulte a su dentista antes del tratamiento para verificar la disponibilidad de todos los servicios.
5. Hay procedimientos no enumerados que están disponibles con un costo de la tarifa habitual del dentista participante, menos el 25%.
6. Cuando el tratamiento con corona y/o puente supere las seis unidades, al afiliado se le cobrarán \$25.00 adicionales por unidad.
7. Cobertura de implantes, costo de la tarifa habitual menos el 25% por servicios de implantes.

# Opción C: Plan dental PPO Básico

## Consejo Escolar del Condado de Broward

	Si acude a un dentista de la red		Si acude a un dentista fuera de la red	
	Individual	Familiar	Individual	Familiar
<b>Deducible por año calendario</b> (se excluyen servicios de ortodoncia)	\$25	\$75	\$50	\$150
	El deducible se aplica a todos los servicios, sin incluir los servicios preventivos.			
<b>Máximo anual por año calendario</b> (se excluyen servicios de ortodoncia)	<b>\$1,250</b> Una vez que alcanza el máximo anual, recibirá un coseguro del 30% en servicios preventivos, básicos e importantes durante el resto del año (no incluye ortodoncia).			
<b>Servicios preventivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes orales rutinarios (2 por año)</li> <li>Radiografías de mordida</li> <li>Limpiezas rutinarias (4 al año)</li> <li>Tratamiento con flúor (1 por año, hasta los 16 años)</li> <li>Selladores (2 por diente cada 12 meses, hasta los 16 años)</li> <li>Mantenedores de espacio (dientes primarios, hasta los 16 años)</li> <li>Cuidado médico en casos de emergencia para alivio del dolor</li> </ul>	100% sin deducible		90% sin deducible	
<b>Servicios básicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Empastes de amalgama (1 por diente, cada 2 años)</li> <li>Empastes de composite (1 por diente, cada 2 años)</li> <li>Cirugía oral (extracciones de dientes, incluidos dientes impactados)</li> <li>Periodoncia (limpiezas periodontales 4 por año, destartraje/ alisado radicular y cirugía 1 por cuadrante cada 3 años)</li> <li>Endodoncia (conductos radiculares, 1 por diente de por vida y 1 retratamiento)</li> </ul>	80% después del deducible		70% después del deducible	
<b>Servicios importantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coronas (1 por diente, cada 5 años)</li> <li>Incrustaciones inlay/onlay (1 por diente, cada 5 años)</li> <li>Puentes (1 por diente, cada 5 años)</li> <li>Dentaduras postizas (1 por diente, cada 5 años)</li> <li>Revestimiento/rebasado de dentadura postiza (1 cada 2 años, tras 1 año de uso de la dentadura postiza)</li> <li>Reparación y ajustes de dentadura postiza (tras 1 año de uso de la dentadura postiza)</li> <li>Implantes (1 cada 5 años para colocación de implantes, coronas, puentes y dentaduras postizas)</li> </ul>	50% después del deducible		40% después del deducible	
<b>Servicios de ortodoncia</b>	Los afiliados pueden recibir un descuento de hasta el 20% sobre los servicios no cubiertos. Los afiliados pueden comunicarse con su proveedor participante para determinar si hay disponible algún descuento para servicios no cubiertos.			

Los dentistas no participantes pueden facturarle cargos por encima de la cantidad cubierta por el plan Humana Dental. Para asegurarse de no tener que pagar cargos adicionales, consulte a un dentista participante de la Red PPO. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de nuestra red. Si un afiliado consulta a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superior a la tarifa negociada para los servicios cubiertos. Si un afiliado consulta a un dentista fuera de la red, el coseguro se aplicará al cargo máximo admisible de uno o más proveedores de la red en su zona geográfica. Los dentistas que no pertenecen a la red pueden facturarle cargos por encima de la cantidad cubierta por su plan dental.

# Opción D: Plan dental PPO Mejorado

## Consejo Escolar del Condado de Broward

	Si acude a un dentista de la red		Si acude a un dentista fuera de la red	
	Individual	Familiar	Individual	Familiar
<b>Deducible por año calendario</b> (se excluyen servicios de ortodoncia)	\$25	\$75	\$50	\$150
	El deducible se aplica a todos los servicios, sin incluir los servicios preventivos.			
<b>Máximo anual por año calendario</b> (se excluyen servicios de ortodoncia)	<b>\$2,000</b> Una vez que alcanza el máximo anual, recibirá un coseguro del 30% en servicios preventivos, básicos e importantes durante el resto del año (no incluye ortodoncia).			
<b>Servicios preventivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes orales rutinarios (2 por año)</li> <li>Radiografías de mordida</li> <li>Limpiezas rutinarias (4 al año)</li> <li>Tratamiento con flúor (1 por año, hasta los 16 años)</li> <li>Selladores (2 por diente cada 12 meses, hasta los 16 años)</li> <li>Mantenedores de espacio (dientes primarios, hasta los 16 años)</li> <li>Cuidado médico en casos de emergencia para alivio del dolor</li> </ul>	100% sin deducible		90% sin deducible	
<b>Servicios básicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Empastes de amalgama (1 por diente, cada 2 años)</li> <li>Empastes de composite (1 por diente, cada 2 años)</li> <li>Cirugía oral (extracciones de dientes, incluidos dientes impactados)</li> <li>Periodoncia (limpiezas periodontales 4 por año, destartraje/ alisado radicular y cirugía 1 por cuadrante cada 3 años)</li> <li>Endodoncia (conductos radiculares, 1 por diente de por vida y 1 retratamiento)</li> </ul>	80% después del deducible		70% después del deducible	
<b>Servicios importantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coronas (1 por diente, cada 5 años)</li> <li>Incrustaciones inlay/onlay (1 por diente, cada 5 años)</li> <li>Puentes (1 por diente, cada 5 años)</li> <li>Dentaduras postizas (1 por diente, cada 5 años)</li> <li>Revestimiento/rebasado de dentadura postiza (1 cada 2 años, tras 1 año de uso de la dentadura postiza)</li> <li>Reparación y ajustes de dentadura postiza (tras 1 año de uso de la dentadura postiza)</li> <li>Implantes (1 cada 5 años para colocación de implantes, coronas, puentes y dentaduras postizas)</li> </ul>	50% después del deducible		40% después del deducible	
<b>Servicios de ortodoncia</b>	Ortodoncia de adultos/niños: El plan paga el 50% (sin deducible) de los servicios de ortodoncia cubiertos, hasta un máximo de ortodoncia de por vida de \$1,600 para niños/\$1,800 para adultos.			

Los dentistas no participantes pueden facturarle cargos por encima de la cantidad cubierta por el plan Humana Dental. Para asegurarse de no tener que pagar cargos adicionales, consulte a un dentista participante de la Red PPO. Los afiliados y sus familias se benefician con descuentos negociados por servicios cubiertos al elegir dentistas de nuestra red. Si un afiliado consulta a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superior a la tarifa negociada para los servicios cubiertos. Si un afiliado consulta a un dentista fuera de la red, el coseguro se aplicará al cargo máximo admisible de uno o más proveedores de la red en su zona geográfica. Los dentistas que no pertenecen a la red pueden facturarle cargos por encima de la cantidad cubierta por su plan dental.

# Cobertura de implantes para los planes PPO

Código ADA	Procedimiento	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de implantes</b>			
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, intraóseo	50%	40%
D6012	Colocación quirúrgica del implante intermedio	50%	40%
D6040	Implante eposteal	50%	40%
D6050	Implante transosteal	50%	40%
D6053	Sobre la dentadura postiza, completa	50%	40%
D6054	Sobre la dentadura postiza, parcial	50%	40%
D6055	Barra de conexión del implante	50%	40%
D6056 / D6057	Soporte de implante	50%	40%
D6058 / D6067	Corona de implante	50% - 1 cada 5 años	40% - 1 cada 5 años
D6068 / D6077	Retenedor de implante	50% - 1 cada 5 años	40% - 1 cada 5 años
D6078	Dentadura postiza completa sostenida por implante	50% - 1 cada 5 años	40% - 1 cada 5 años
D6079	Implante parcial sostenido	50% - 1 cada 5 años	40% - 1 cada 5 años
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes	50%	40%
D6090	Reparación de prótesis de implante	50% - Limitado a 1 por período de 2 años solo si se realiza más de 1 año después de la inserción inicial	40% - Limitado a 1 por período de 2 años solo si se realiza más de 1 año después de la inserción inicial
D6091	Sustitución de aditamento de semiprecisión	50%	40%
D6092	Recementado de corona sostenida por implantes/ retenciones	80%	70%
D6093	Recementado de corona sostenida por	80%	70%
D6094	Corona sostenida por soporte	50%	40%
D6095	Reparación de soporte de implante, por informe	50%	40%
D6100	Retirada del implante, por informe	50%	40%
D6190	Implante radiográfico/quirúrgico	50%	40%
D6194	Retenedor sostenido por soporte	50%	40%
D6199	Procedimiento de implante no especificado	50%	40%
D7950	Injerto de cartílago osteoperióstico óseo mandibular	50%	40%
D7951	Elevación del seno con hueso	50%	40%
D7953	Preservación de reborde para recibir injerto de reemplazo óseo	50%	40%

## Para planes PPO

Cuando se utiliza un proveedor fuera de la red, los beneficios se pagan según la Lista de tarifas del dentista participante.  
Current Dental Terminology © 2004 American Dental Association. Todos los derechos reservados.



Solo para planes PPO/Traditional Preferred

# Obtenga acceso a cuidado dental virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana con Teledentix

**Cuando se trata de algo urgente, puede ver a un dentista de forma virtual**

Los afiliados de Humana tienen acceso con un costo de \$0 a teleodontología, lo que también se conoce como cuidado dental virtual, con Teledentix, y esto forma parte de su plan dental de Humana. Los servicios de teleodontología le permiten ver a un dentista en cuestión de minutos desde su computadora, teléfono inteligente o tableta. Si tiene dolor o no puede acudir al consultorio de un dentista, el cuidado dental virtual puede ser una opción en lugar de acudir a la sala de emergencias.

## Cómo usar la teleodontología

Cuando tenga una consulta de teleodontología, hablará con un proveedor dental a través de una videollamada en línea o una llamada telefónica. Puede obtener acceso al cuidado desde la comodidad de su hogar para una variedad de necesidades dentales. **Los dentistas de Teledentix pueden:**

- **Recetar antibióticos o analgésicos no narcóticos cuando sea necesario** (Tenga en cuenta que su plan dental no cubre el costo de los medicamentos.)
- **Realizar un examen visual** por cuestiones como dolor de boca, dientes o mandíbula
- **Dar instrucciones** relacionadas con el cuidado por dolor de boca, dientes o mandíbula
- **Ayudar a los afiliados a determinar** si necesitan cuidado de urgencia o de emergencia o cuidado en el hogar **hasta que puedan ver a su dentista**
- **Ayudar a los afiliados a encontrar un dentista** si no tienen uno o lo solicitan

## Inicio de la consulta virtual con el dentista:

<p><b>1</b></p> <p><b>Abra la aplicación Teledentix</b></p> <p>y haga clic en la ficha Humana.</p> <p>- O -</p> <p>En su computadora, vaya a <a href="http://Humana.teledentix.com">Humana.teledentix.com</a>.</p>	<p><b>2</b></p> <p><b>Introduzca los datos de su seguro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccione <b>Group</b> para <b>Product Type</b></li> <li>• El número de <b>Subscriber ID</b> es su número de afiliado, <b>Member ID</b>, que figura en su tarjeta de identificación dental.</li> </ul>	<p><b>3</b></p> <p><b>Rellene el formulario de admisión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingrese el motivo de su visita y los síntomas que experimenta</li> <li>• Proporcione información sobre alergias, información médica e información sobre medicamentos actuales.</li> </ul>	<p><b>4</b></p> <p><b>Complete el registro de pacientes</b></p> <p>Revise la información y seleccione <b>confirm and proceed</b> para pasar a la sala de espera. Alguien estará con usted en breve.</p>
--	--	--	---

Para obtener más información sobre los servicios de teleodontología o sus beneficios dentales de Humana, visite [es-Humana.com](http://es-Humana.com).

## Limitaciones y exclusiones

### Planes dentales de cuidado administrado

#### Humana/CompBenefits no proporciona cobertura para los siguientes servicios:

1. Coste de hospitalización y medicamentos.
2. Servicios que no son tratamientos necesarios según la opinión de los dentistas o especialistas participantes.
3. Cualquier servicio que no sea consistente con los servicios normales y/o habituales prestados por dicho(s) dentista(es) participante(s).
4. Cualquier servicio prestado por un proveedor no participante de Humana/CompBenefits, excepto en caso de emergencia, según se establece en el Certificado de beneficios.

### Precios exclusivos de Gold

Puede que el dentista general participante que usted seleccione no realice todos los procedimientos enumerados. Los recargos que se muestran se aplican a los dentistas generales participantes de Humana/CompBenefits que sí realizan esos servicios y no se aplican a los servicios realizados por un especialista. Por lo tanto, le recomendamos que hable con su dentista general participante sobre la disponibilidad de los servicios programados. Los procedimientos no enumerados en el Programa de beneficios y que realice el dentista general seleccionado se cobrarán a la tarifa usual y habitual del dentista general menos el 25%.

### Plan PPO/Indemnity

#### Los cargos por los servicios de restauración importantes serán Gastos dentales cubiertos sujeto a las siguientes condiciones:

1. La dentadura postiza completa o parcial debe reemplazar a una pieza dental natural que se haya extraído cuando la persona gozaba de cobertura por beneficios dentales conforme a esta póliza;
2. El puente fijo (incluido un puente dental fijado con resina) debe reemplazar a una pieza dental natural extraída cuando la persona gozaba de cobertura de beneficios dentales conforme a esta póliza;
3. El reemplazo de una dentadura postiza parcial, dentadura postiza completa o dentadura parcial fija (incluido un puente dental fijado con resina) o la adición de piezas dentales a una dentadura postiza parcial si: (a) el reemplazo se produce como mínimo cinco años después de la fecha inicial de inserción de la dentadura postiza completa o parcial o puente fijado con resina actuales; (b) el reemplazo se produce como mínimo cinco años después de la fecha inicial de inserción de un implante o puente fijo existentes; (c) se requiere una prótesis de reemplazo o el agregado de una pieza dental a una dentadura postiza parcial debido a la extracción necesaria de una pieza dental natural funcional cuando la persona gozaba de cobertura por beneficios dentales conforme a esta póliza; o (d) se requiere un reemplazo debido a una lesión dental cubierta de una dentadura postiza parcial, dentadura postiza completa o dentadura postiza parcial fija (incluido un puente fijado con resina) siempre y cuando se complete el reemplazo en un plazo de 12 meses a partir de la lesión. Las lesiones relacionadas con la masticación no se consideran lesiones dentales cubiertas;
4. El reemplazo de coronas, restauraciones de estructuras moldeadas, incrustaciones inlay, incrustaciones onlay u otras restauraciones preparadas en laboratorio si: (a) el reemplazo se produce al menos cinco años después de la fecha inicial de inserción; y (b) no son útiles y no se puede restablecer su función;
5. El reemplazo de una dentadura postiza parcial existente con puentes fijos, únicamente si la mejora al puente fijo resulta indispensable para la corrección de la condición dental de la persona; y el reemplazo de piezas dentales hasta el complemento normal de 32.

### Exclusiones

No se pagarán beneficios por:

1. Procedimientos que no estén incluidos en el Programa de beneficios; que no sean necesarios por razones médicas; que no tengan respaldo profesional uniforme; que sean de naturaleza experimental o de investigación; por los que el paciente no tenga obligación legal de pagar; o por los que no se habría cobrado en ausencia de un seguro;
2. Cualquier procedimiento, servicio o insumo de los que no se pueda esperar razonablemente que corrijan adecuadamente la condición dental del paciente por un período mínimo de tres años, según lo determine Humana/CompBenefits;

3. Cualquier lesión relacionada con la masticación. Una lesión relacionada con la masticación significa una lesión que se produce durante el acto de masticar o morder. La lesión puede ser causada por morder sobre un objeto extraño que no se espera que sea un componente normal de los alimentos; por hábitos parafuncionales, como masticar monturas de anteojos o lápices; o por morder sobre una prótesis dental repentinamente suelta o descolocada.
4. Restauraciones de coronas, incrustaciones inlay y prótesis fundidas, u otras restauraciones preparadas en laboratorio sobre piezas dentales que se puedan restaurar con un empaste de amalgama o composite a base de resina;
5. Restauraciones de aparatos, incrustaciones inlay o prótesis fundidas, u otras restauraciones preparadas en laboratorio usadas con el objetivo principal de ferulización;
6. Cualquier procedimiento, servicio, insumo o dispositivo, cuyo propósito único o principal se relacione con la modificación o el mantenimiento de la dimensión vertical; la alteración o restauración de la oclusión, incluidos el ajuste oclusal, registro de mordida o análisis de mordida;
7. Recubrimientos pulpares, tratamientos de flúor para adultos, protectores bucales deportivos; terapia miofuncional; control de infecciones; inserciones de precisión o semiprecisión; duplicación de dentaduras postizas; instrucciones sobre higiene oral; cargos adicionales por grabado ácido; incumplimiento de citas; tratamiento de fracturas de mandíbula; cirugía ortognática; rellenado de formularios de reclamación; exámenes requeridos por terceros; insumos personales (por ejemplo, irrigador dental, cepillo de dientes, soporte para hilo dental, etc.); o reemplazo de dispositivos perdidos o robados;
8. Cargos por tiempo de viaje, costos de transporte o asesoramiento profesional brindado por teléfono;
9. Procedimientos realizados por un dentista que sea un integrante de su familia inmediata;
10. Cargos, incluidos cargos adicionales, cobrados por un hospital, centro de cirugía ambulatoria o centros similares;
11. Cargos por tratamiento proporcionado: (a) en una clínica o centro dental o médico patrocinados o mantenidos por el empleador o cualquier integrante de su familia; o (b) por un empleado del empleador de cualquier integrante de su familia;
12. Cualquier procedimiento, servicio o insumo requerido en forma directa o indirecta para diagnosticar o tratar un trastorno, disfunción o enfermedad muscular, neurológico u óseo de las articulaciones temporomandibulares o sus estructuras asociadas;
13. Cargos por tratamiento realizado fuera de los Estados Unidos excepto tratamientos de emergencia. Los beneficios por tratamientos de emergencia prestados fuera de los Estados Unidos se limitan a un máximo de \$100 (dólares estadounidenses) por año;
14. El cuidado o tratamiento de una lesión o enfermedad debida a una guerra o un acto de guerra, declarada o no;
15. Tratamientos con fines cosméticos; las carillas sobre coronas o unidades de puentes en molares siempre se considerarán cosméticas;
16. Cualquier servicio o insumo que no cumpla con las normas de la American Dental Association (Asociación Odontológica Estadounidense) o que no sean razonablemente necesarios, o usados habitualmente, para el cuidado dental;
17. Procedimientos que sean un gasto cubierto conforme a cualquier otro plan médico (establecido por el empleador) que provea beneficios grupales de hospital, quirúrgicos o médicos, esté o no basado en un seguro;
18. Una enfermedad por la que un paciente puede recibir beneficios conforme a una ley de compensación laboral o similar;
19. Una lesión que surja debido a o durante el transcurso de un trabajo o empleo remunerado o que aporte ganancias; o
20. Cargos en la medida que excedan la Tarifa Prevaliente. Si no se puede determinar el monto de la Tarifa Prevaliente por un servicio debido a la naturaleza inusual del servicio, Humana/CompBenefits determinará el monto. Humana/CompBenefits tendrá en cuenta: (a) la complejidad del caso; (b) el grado de competencia profesional requerido; y (c) otros factores pertinentes.



# Cómo encontrar un dentista de la red

Acudir a un dentista de la red de Humana le asegura el costo más bajo en el cuidado dental. Para encontrar un dentista de la red para cada plan, siga estos pasos:

## Paso 1:

Escanee el código QR o vaya a [finder.humana.com](https://finder.humana.com) y seleccione la pestaña "Dentist".



## Paso 2: Ingrese la información de búsqueda según el plan

Para los **planes DHMO/Prepaid:**

- Ingrese su **código postal**
- En "**Select a lookup method**", elija el tipo de cobertura "**DHMO**"
- Seleccione la red: **School Board of Broward FGC Plus** o **School Board of Broward Basic**
- Haga clic en el botón "**Search**"

Para los **planes PPO/Traditional Preferred:**

- Ingrese su **código postal**
- En "Select a lookup method", elija el tipo de cobertura "**DHMO**"
- Seleccione la red: **PPO/Traditional Preferred**
- Haga clic en el botón "**Search**"

*Tenga en cuenta que: Para el plan DHMO, debe elegir un dentista de cuidado primario.*

**¿Su dentista no está en nuestra red?**

No queremos que tenga que elegir entre seguir atendiéndose con su dentista y recibir el mejor valor posible de su plan de beneficios dentales. Puede ayudarnos a incluir a su dentista en nuestra red. **Escanee el código QR y complete el formulario en línea para referir a su dentista.**





# Descuentos exclusivos para afiliados de Humana

Comprendemos la importancia de su salud general y es por eso que hemos seleccionado cuidadosamente las compañías con las cuales asociarnos para ofrecer descuentos especiales que los afiliados de Humana pueden disfrutar.



Para acceder a sus **descuentos exclusivos**, inicie sesión en [MyHumana.com](https://www.MyHumana.com), vaya a la pestaña “**Menu**” en la parte superior y desplácese hasta “**Coverage**” y luego desplácese hasta “**Special Discounts**”.

## Tiene acceso a una variedad de descuentos que apoyan su salud y bienestar general



### Salud dental

Descuentos en productos dentales personalizados para cosas como:

- Alineadores enderezadores de dientes invisibles, desde su hogar
- Dispositivos dentales innovadores con seguimiento y comentarios personalizados
- Blanqueamiento dental



### Salud ocular

Descuentos en cuidado de la vista que le ayudan a ver mejor:

- Corrección de la vista Bladeless y Lasik tradicional
- Exámenes, anteojos y lentes de contacto



### Servicios auditivos

Mejore su experiencia auditiva con opciones de descuento que se adapten a sus necesidades:

- Solución única en línea para audífonos y apoyo
- Cuidado profesional en su área con ahorros de hasta el 60% en audífonos

**Además, descuentos adicionales** para cosas como pérdida de peso, servicios de acupuntura y quiroprácticos, terapia de masajes, dispositivos de acondicionamiento físico, protección contra robo de identidad ¡y mucho más!

[Inicie sesión en MyHumana](#) para ver todos sus descuentos.



AUDICUS





# Enderece sus dientes con un costo menor

Como afiliado de un plan dental de Humana, puede mejorar su nivel de confianza y reducir mucho sus costos al enderezar sus dientes con alineadores transparentes Byte®<sup>1</sup>, la alternativa clara a los aparatos de ortodoncia tradicionales.

## Lo que le encantará de Byte

**En promedio, los alineadores transparentes Byte cuestan miles menos que los aparatos de ortodoncia tradicionales.** Y los afiliados de Humana pueden ahorrar hasta \$450\* adicionales con tarifas preferidas.

Además, dentistas y ortodoncistas con licencia en todos los EE. UU. revisan su plan de tratamiento, desde la comodidad de su hogar.

## Inicie el camino hacia una nueva sonrisa

**Comience por pedir un Kit de impresión,** que se le enviará directamente a usted. ¡Siga las sencillas instrucciones y luego envíe el kit GRATIS!



Escanee el código QR para comenzar o visite [go.byte.com/smile-humana](https://go.byte.com/smile-humana)

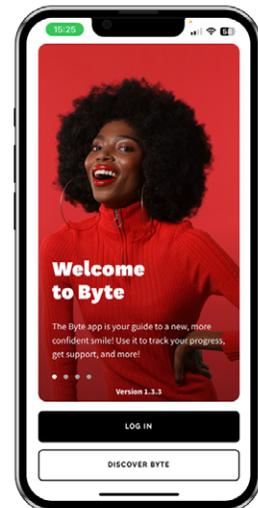
A continuación, Byte le enviará un modelo 3D interactivo para obtener una vista previa su nueva sonrisa. Si le gusta lo que ve, nuestros Asesores de Byte trabajarán con usted para ayudarle a pedir su propio sistema de alineadores personalizado. En promedio, el tratamiento se completa en cinco meses. Además de recibir tarifas preferidas, es posible que sea elegible para la cobertura conforme a su plan dental.



## El nuevo complemento de su sonrisa

¿Está empezando a usar alineadores? Descargue la **aplicación My Byte** para obtener información precisa y actualizada sobre su plan de tratamiento personalizado. También encontrará herramientas para asegurarse de que su sonrisa sea un éxito:

- ✓ Reciba una notificación cuando sea el momento de cambiar los alineadores
- ✓ Realice sus controles mensuales
- ✓ Asistencia al alcance de la mano





# MyHumana

## Su plan dental al alcance de la mano

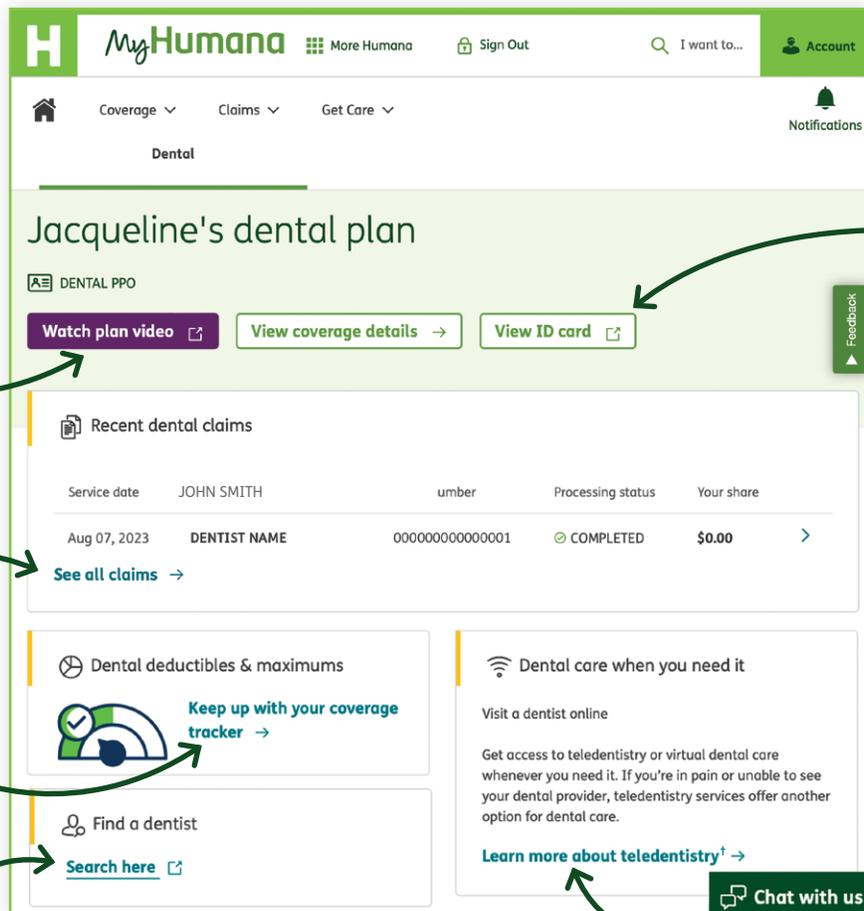
Su cuenta personal de MyHumana le brinda acceso rápido, conveniente y seguro a información de su plan dental de Humana. Está disponible en todo momento, desde cualquier lugar.

Vea un video práctico de cómo comenzar con el plan dental.

Revise el estado de sus reclamaciones

Revise deducibles, niveles y límites de cobertura

Busque un dentista de la red cerca de usted



Vea, imprima y envíe tarjetas de identificación por correo electrónico

Las tarjetas de identificación se envían por correo en un plazo de 10 días a partir de la inscripción. Si necesita ver a un proveedor antes de recibir su tarjeta de identificación por correo.

Chatee con un representante para hacer preguntas sobre su plan dental

Conéctese para realizar una consulta virtual†

### Registrarse es fácil

1. Vaya a [es-humana.com/Register](https://es-humana.com/Register) y seleccione "I'm a Member" y haga clic en el botón "Start activation now".
2. Seleccione "Something else" como tipo de plan.
3. Ingrese su número de identificación de afiliado que figura en su tarjeta de identificación (o su número de Seguro Social), su fecha de nacimiento y su código postal.
4. Cree un nombre de usuario, una contraseña y una pregunta de seguridad, y luego elija "Next" para terminar.



### Use MyHumana desde cualquier lugar

Descargue la aplicación MyHumana para dispositivos móviles desde su tienda de aplicaciones. También puede inscribirse para recibir alertas por mensaje de texto en [es-humana.com](https://es-humana.com).\*



\* Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.

† No está disponible en todos los planes.

# Importante

## En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:  
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **877-320-1235** o si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles por vía electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **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)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con incapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

## Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-320-1235 (TTY: 711)

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

**Tagalog (Tagalog - Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

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

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

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

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

**日本語 (Japanese):** 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

**فارسی (Farsi)**

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo):** Wóda'hí béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'éh saad bee áká'ánída'áwo'déé' níká'adoowoł.

**العربية (Arabic)**

اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

# Humana®

## Servicios dentales para afiliados

**866-890-4464**

**954-527-4088**

[your.humana.com/sbbc](http://your.humana.com/sbbc)

---



Asegurado o administrado por Humana Insurance Company u ofrecido por CompBenefits Company.

Esta comunicación proporciona una descripción general de determinados beneficios de seguro o no relacionados con seguro que se proporcionan a través de uno o más de nuestros planes de beneficios de seguro. Nuestros planes de beneficios de seguro tienen exclusiones y limitaciones, y términos conforme a los cuales la cobertura puede continuar en vigencia o ser suspendida. Para conocer los costos y los detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan, o bien llame o escriba a su agente de seguros de Humana o a la compañía. En caso de discrepancia entre esta comunicación y el documento del plan, prevalecerá el documento del plan.

App Store y Google Play app store son marcas registradas de Apple Inc. y Google. Todos los derechos reservados. Apple y Google no participan en esta promoción ni la patrocinan.

FLHMAMFSP 0724