Plan HumanaDental DHMO HD205 con ortodoncia

GEORGIA

Siéntase bien con la elección de un plan HumanaDental

La serie de planes dentales HumanaDental HD le brinda cobertura en cualquier circunstancia. Ya sea que usted solo necesite cuidado dental rutinario o un tratamiento dental inesperado, usted sabe qué esperar con HumanaDental.

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

Utilice sus beneficios de HumanaDental

Luego de inscribirse en un plan y recibir su tarjeta de identificación, puede manejar su información del plan en su página inicial personal en **es-www.humana.com**.

- Usted es libre de seleccionar a cualquier dentista general participante como su dentista de cuidado primario. Para seleccionar a un proveedor dental de nuestra red, simplemente visite **es-www.humana.com**. Allí también puede revisar sus beneficios, enviarnos correos electrónicos y obtener una tarjeta de identificación nueva o temporal. Si lo prefiere, comuníquese con nosotros al 1-800-342-5209.
- ¡Una vida sin formularios de reclamación! Con el plan HumanaDental DHMO usted le paga directamente a su dentista, cuando corresponda.
- Su dentista de cuidado primario proveerá todo su cuidado dental rutinario y usted pagará cualquier copago en el momento del servicio.

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 prepagado HumanaDental le permite cuidar mejor sus dientes y pagar menos al hacerlo.

Consejos para lograr una boca sana

- Utilice un cepillo dental de cerdas suaves
- Elija pasta dental con flúor
- Cepíllese durante al menos dos minutos, dos veces al día
- Use hilo dental todos los días
- Preste atención a los signos de enfermedad periodontal, tales como enrojecimiento, hinchazón o sensibilidad de las encías
- Consulte a un dentista regularmente para exámenes y limpiezas



¿Preguntas?

Visite **es-www.humana.com**

Llame al **1-800-233-4013**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. (TDD: 1-800-325-2025

Para ver las exclusiones y limitaciones, consulte la Guía de información técnica y regulatoria de beneficios de especialidad, disponible en **Disclosure.Humana.com**.

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

Plan HumanaDental DHMO HD205 con ortodoncia

GEORGIA

Los planes HumanaDental DHMO se enfocan en el mantenimiento de la salud oral, la prevención y la limitación de costos. Los afiliados pueden consultar a un dentista de cuidado primario con tanta frecuencia como sea necesario. No existen máximos anuales, no se deben alcanzar deducibles y no hay períodos de espera. Los copagos de los planes HD para los procedimientos detallados se aplican solamente a los dentistas generales participantes.

Los costos de los afiliados enumerados aquí son por los servicios provistos solamente por un dentista de cuidado primario (PCD, por sus siglas en inglés) participante elegido. Un PCD puede decidir que un afiliado necesita consultar a un especialista dental contratado. No es necesario obtener un referido para consultar a un especialista de la red.

Servicios de especialistas: Si un afiliado necesita servicios de dentistas especialistas (por ejemplo, un endodoncista, cirujano oral, periodoncista, dentista pediátrico), su dentista general participante lo puede referir, o el afiliado puede referirse a sí mismo a cualquier especialista participante. Visite **es-www.humana.com** 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	Consultas (servicios de diagnóstico provistos por un dentista que no sea el profesional que brinda el tratamiento)	$ 5.00
D9430	Visita al consultorio (durante el horario normal)	sin cargo
D9440	Visita al consultorio (fuera del horario normal)	$ 35.00
D9986	Cita incumplida	$ 10.00
D9987	Cita cancelada	$ 10.00
D9999	Visita de emergencia durante el horario regular programado, por informe	$ 20.00

Diagnóstico		**El afiliado paga**
D0120	Examen oral periódico (límite de dos veces en 12 meses 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 oral integral - paciente nuevo o habitual (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0160	Evaluación oral detallada y extensiva - enfocada en un problema, por informe	sin cargo
D0170	Reevaluación, enfocada a un problema (no una visita posoperatoria)	sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral (límite de dos veces en 12 meses calendario)	$ 15.00
D0210	Radiografía intraoral - serie completa de imágenes radiográficas (una cada tres años calendario)	sin cargo
D0220	Radiografía intraoral, periapical, primera imagen radiográfica	sin cargo
D0230	Radiografía intraoral, periapical, cada imagen radiográfica adicional	sin cargo
D0240	Radiografía intraoral, imagen radiográfica oclusal	sin cargo
D0250	Extraoral - imagen radiográfica de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación fija y detector	sin cargo
D0270	Radiografía de mordida—una sola imagen radiográfica (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0272	Radiografías de mordida - dos imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0273	Radiografías de mordida - tres imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0274	Radiografías de mordida - cuatro imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0277	Radiografías de mordida, verticales - siete a ocho imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0330	Radiografía panorámica (una cada tres años calendario)	sin cargo
D0350	Imágenes fotográficas bucales/faciales	sin cargo
D0415	Obtención de muestra de microorganismos para cultivo y sensibilidad	sin cargo
D0425	Pruebas de propensión a las caries	sin cargo
D0431	Prueba de detección de cáncer bucal con una fuente de luz especial	$ 50.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar (no están cubiertas si se hace un tratamiento de conducto)	sin cargo
D0470	Moldes de diagnóstico	sin cargo
D0472	Informe patológico, examen general de la lesión	sin cargo
D0473	Informe patológico, examen microscópico de la lesión	sin cargo
D0474	Informe patológico, examen microscópico de la lesión y el área	sin cargo

Preventivo		**El afiliado paga**
D1110	Profilaxis - adultos, rutinaria (límite de dos veces en 12 meses calendario, por dentista de cuidado primario)	sin cargo
D1120	Profilaxis - niños (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor (para niños menores de 16 años) (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D1208	Aplicación tópica de flúor - excluido el barniz (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D1310	Asesoramiento nutricional para controlar enfermedades dentales	sin cargo
D1320	Servicios de asesoramiento sobre el uso de tabaco para el control o prevención de enfermedades orales	sin cargo
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	sin cargo
D1330	Instrucciones para la higiene oral	sin cargo

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D1351	Sellador, por diente (solo dientes permanentes hasta los 16 años)	$ 10.00
D1510*	Mantenedor de espacio - fijo, unilateral - por cuadrante (hasta los 14 años de edad)	$ 50.00
D1516*	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, maxilar (hasta los 14 años de edad)	$ 70.00
D1517*	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, mandibular (hasta los 14 años de edad)	$ 70.00
D1520*	Mantenedor de espacio - removible, unilateral - por cuadrante (hasta los 14 años de edad)	$ 85.00
D1526*	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, maxilar (hasta los 14 años de edad)	$ 90.00
D1527*	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, mandibular (hasta los 14 años de edad)	$ 90.00
D1551	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral - maxilar	$ 10.00
D1552	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral - mandibular	$ 10.00
D1553	Recementado o refijación de mantenedor de espacio unilateral - por cuadrante	$ 10.00
D1575	Mantenedor de espacio de zapatilla distal: fijo unilateral, por cuadrante (hasta los 14 años, dientes primarios solamente)	$ 130.00

Servicios de restauración		**El afiliado paga**
D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	$ 5.00
D2150	Amalgama, dos superficies, primaria o permanente	$ 5.00
D2160	Amalgama, tres superficies, primaria o permanente	$ 5.00
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, primaria o permanente	$ 5.00
D2940	Colocación de restauración directa provisional	$ 10.00

Resina restaurativa
(incrustaciones inlay y onlay limitadas a una por diente cada cinco años)

		El afiliado paga
D2330	Compuesto con base de resina, una superficie, anterior	$ 30.00
D2331	Compuesto con base de resina, dos superficies, anterior	$ 40.00
D2332	Compuesto con base de resina, tres superficies, anterior	$ 45.00
D2335	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, anteriores	$ 65.00
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior	$ 70.00
D2391	Compuesto con base de resina, una superficie, posterior	$ 45.00
D2392	Compuesto con base de resina, dos superficies, posterior	$ 55.00
D2393	Compuesto con base de resina, tres superficies, posterior	$ 80.00
D2394	Compuesto con base de resina, cuatro o más superficies, posterior	$ 90.00
D2510*	Incrustación inlay, metal, una superficie	$ 225.00
D2520*	Incrustación inlay, metal, dos superficies	$ 235.00
D2530*	Incrustación inlay, metal, tres superficies o más	$ 245.00
D2542*	Incrustación onlay, metal, dos superficies	$ 250.00
D2543*	Incrustación onlay, metal, tres superficies	$ 260.00
D2544*	Incrustación onlay, metal, cuatro superficies o más	$ 270.00
D2610*	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, una superficie	$ 250.00
D2620*	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, dos superficies	$ 260.00
D2630*	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, tres superficies o más	$ 270.00
D2642*	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, dos superficies	$ 275.00
D2643*	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, tres superficies	$ 285.00
D2644*	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	$ 295.00
D2650*	Incrustación inlay, compuesto con base de resina, una superficie	$ 225.00
D2651*	Incrustación inlay, compuesto con base de resina, dos superficies	$ 235.00
D2652*	Incrustación inlay, compuesto con base de resina, tres o más superficies	$ 245.00
D2662*	Incrustación onlay, compuesto con base de resina, dos superficies	$ 250.00
D2663*	Incrustación onlay, compuesto con base de resina, tres superficies	$ 260.00
D2664*	Incrustación onlay, compuesto a base de resina, cuatro superficies o más	$ 270.00

Corona y puente
(límite de 1 por diente cada cinco años)

		El afiliado paga
D2710*	Corona, compuesto con base de resina, indirecto	$ 270.00
D2712*	Corona, compuesto de 3/4 a base de resina, indirecto	$ 270.00
D2720*	Corona, resina con metal muy noble	$ 270.00
D2721	Corona, resina con metal predominantemente básico	$ 270.00
D2722*	Corona, resina con metal noble	$ 270.00
D2740*	Corona, porcelana/cerámica	$ 270.00
D2750*	Corona, porcelana fusionada con metal muy noble	$ 270.00
D2751	Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente básico	$ 270.00
D2752*	Corona, porcelana fusionada con metal noble	$ 270.00
D2753*	Corona – porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$ 270.00
D2780*	Corona, 3/4 de metal muy noble fundido	$ 270.00
D2781	Corona, 3/4 de metal predominantemente básico colado	$ 270.00
D2782*	Corona, 3/4 de metal noble colado	$ 270.00
D2783*	Corona, 3/4 de porcelana/cerámica	$ 270.00
D2790*	Corona, metal muy noble completamente fundido	$ 270.00
D2791	Corona, metal predominantemente básico completamente colado	$ 270.00
D2792*	Corona, metal noble completamente fundido	$ 270.00
D2794*	Corona - titanio y aleación de titanio	$ 270.00
D2799	Corona provisional - se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final	sin cargo
D2910	Recementado o refijación de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla o restauración con cobertura parcial	$ 15.00
D2915	Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	sin cargo
D2920	Recementado o refijación de corona	$ 15.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente permanente	$ 75.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D2929	Corona - corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario	$ 75.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario	$ 75.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente	$ 25.00
D2932	Corona prefabricada de resina	$ 50.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	$ 50.00
D2934	Corona prefabricada estética recubierta de acero inoxidable, diente primario	$ 50.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluyendo pernos	$ 50.00
D2951	Retención de pernos, por diente, además de la restauración	$ 15.00
D2952*	Poste y muñón fundido, además de la corona	$ 95.00
D2953*	Cada poste fundido adicional - mismo diente	$ 100.00
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	$ 85.00
D2955	Extracción de poste (no junto con terapia endodóntica)	$ 10.00
D2957	Cada poste prefabricado adicional, mismo diente, poste de metal básico	$ 35.00
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	$ 150.00
D6950	Aditamento de precisión, separado de prótesis	$ 195.00

Prostodoncia (fija)

(reemplazo limitado a cada cinco años, ajustes una vez al año) — **El afiliado paga**

D6210*	Puente fijo - metal muy noble fundido	$ 270.00
D6211	Puente fijo - metal predominantemente básico fundido	$ 270.00
D6212*	Puente fijo - metal noble fundido	$ 270.00
D6240*	Puente fijo - porcelana fundida con metal muy noble	$ 270.00
D6241	Puente fijo - porcelana fundida con metal predominantemente básico	$ 270.00
D6242*	Puente fijo - porcelana fundida con metal noble	$ 270.00
D6243*	Puente fijo - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$ 270.00
D6750*	Corona, porcelana fusionada con metal muy noble	$ 270.00
D6751	Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente básico	$ 270.00
D6752*	Corona, porcelana fusionada con metal noble	$ 270.00
D6753*	Corona – porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$ 270.00
D6790*	Corona de anclaje - metal muy noble completamente fundido	$ 270.00
D6791	Corona de anclaje - metal predominantemente básico completamente fundido	$ 270.00
D6792*	Corona de anclaje - metal noble completamente fundido	$ 270.00
D6794*	Corona de anclaje - titanio y aleación de titanio	$ 270.00
D6930	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija (por unidad)	$ 15.00

Prostodoncia

(reemplazo limitado a cada cinco años) — **El afiliado paga**

D5110*	Dentadura postiza completa, maxilar	$ 375.00
D5120*	Dentadura postiza completa, mandibular	$ 375.00
D5130*	Dentadura postiza inmediata, maxilar	$ 375.00
D5140*	Dentadura postiza inmediata, mandibular	$ 375.00
D5211*	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$ 400.00
D5212*	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$ 400.00
D5213*	Dentadura postiza parcial maxilar - metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$ 425.00
D5214*	Dentadura postiza parcial mandibular - metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$ 425.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata – base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$ 263.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata – base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$ 263.00
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)	$ 413.00
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)	$ 413.00
D5225*	Dentadura postiza parcial superior: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$ 425.00
D5226*	Dentadura postiza parcial inferior: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$ 425.00
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	$ 425.00
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	$ 425.00
D5282*	Dentadura postiza parcial unilateral removible - metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	$ 350.00
D5283*	Dentadura postiza parcial unilateral removible - metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular	$ 350.00
D5284*	Dentadura postiza parcial unilateral removible - base flexible de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante	$ 350.00
D5286*	Dentadura postiza parcial unilateral removible - resina de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante	$ 350.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	$ 15.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	$ 15.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	$ 15.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	$ 15.00
D5660*	Añadir gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente	$ 90.00

Endodoncia
(cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida) **El afiliado paga**

D3110	Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	$ 15.00
D3120	Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final)	$ 10.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final)	$ 40.00
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (no se debe usar cuando se hace un conducto radicular el mismo día)	$ 85.00
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible), diente anterior primario (sin restauración final)	$ 45.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible), diente posterior primario (sin restauración final)	$ 50.00
D3310	Terapia de conducto radicular—diente anterior (no incluye restauración final)	$ 110.00
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauración final)	$ 195.00
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauración final)	$ 250.00
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto radicular, acceso no quirúrgico.	$ 80.00
D3332	Tratamiento endodóntico incompleto, diente fracturado o que no se puede operar	$ 80.00
D3333	Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente	$ 90.00
D3351	Apexificación/recalcificación: visita inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.)	$ 90.00
D3352	Apexificación/recalcificación - reemplazo de medicamento provisional (incluye las radiografías necesarias)	$ 80.00
D3353	Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye radiografías necesarias)	$ 90.00
D3410	Apicectomía - anterior	$ 135.00
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	$ 120.00
D3425	Apicectomía - molar (primera raíz)	$ 120.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$ 60.00
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	$ 40.00
D3450	Amputación radicular, por raíz (no cubierta junto con el procedimiento D3920)	$ 95.00
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma	$ 20.00
D3920	Hemisección no incluida en 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 interdentales, por cuadrante	$ 120.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$ 55.00
D4240	Colgajo gingival, incluyendo alisado de raíces, cuatro o más dientes, por cuadrante	$ 150.00
D4241	Colgajo gingival, incluyendo alisado de raíces, de uno a tres dientes, por cuadrante.	$ 120.00
D4245	Colgajo de reposición apical	$ 175.00
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro	$ 150.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de colgajo de espesor completo y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante	$ 350.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de colgajo de espesor completo y cierre) - uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante.	$ 325.00
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.	$ 230.00
D4267	Regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera no reabsorbible, por sitio	$ 275.00
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	$ 260.00
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.	$ 350.00
D4274	Procedimiento de acuñamiento distal/mesial, un solo diente (no asociado con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	$ 90.00
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	$ 265.00
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	$ 130.00
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	$ 210.00
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	Alisado y raspado radicular periodontal - cuatro o más dientes por cuadrante (se pagará como límite un máximo de cuatro (4) cuadrantes en cualquier combinación, cada 24 meses calendario)	$ 55.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D4342	Alisado y raspado radicular periodontal - uno a tres dientes por cuadrante (se pagará un máximo de cuatro cuadrantes en cualquier combinación, cada 24 meses calendario)	$ 50.00
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada - boca completa, después de la evaluación oral (este servicio reducirá la cantidad de limpiezas disponibles según D1120 y/o D1120)	$ 55.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación periodontal integral y diagnóstico en una consulta posterior (una vez cada cinco años)	$ 50.00
D4381	Suministro local de agentes quimioterapéuticos (por diente) (limitado a uno por diente cada 12 meses hasta un máximo de tres lugares del diente por cuadrante, y hecho no menos de tres meses después de la terapia periodontal activa)	$ 60.00
D4910	Mantenimiento periodontal (cubierto solo después de la terapia periodontal activa)	$ 45.00

Extracciones/cirugía bucal y maxilofacial		**El afiliado paga**
D7111	Extracción, remanentes coronarios - diente primario	sin cargo
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o con pinzas)	sin cargo
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica	$ 40.00
D7220	Extracción de diente impactado - tejido blando	$ 55.00
D7230	Extracción de diente impactado - parcialmente osificado	$ 70.00
D7240	Extracción de diente impactado, totalmente osificado	$ 85.00
D7241	Extracción de diente impactado, totalmente osificado, con complicaciones poco comunes por informe	$ 110.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales de diente	$ 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	$ 55.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado (sin incluir las muelas del juicio)	$ 100.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar su erupción	$ 90.00
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal: duro (hueso, diente)	$ 350.00
D7286	Biopsia quirúrgica de tejido bucal blando (todo lo demás)	$ 120.00
D7287	Obtención de muestra para estudio citológico de escamación	$ 50.00
D7288	Biopsia por cepillado, obtención de muestra transepitelial	$ 55.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, por cuadrante	$ 40.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, de uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$ 15.00
D7320	Alveoloplastia aparte de extracciones, por cuadrante	$ 75.00
D7321	Alveoloplastia aparte de extracciones, de uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$ 30.00
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, de hasta 1.25 cm	$ 160.00
D7451	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, mayor de 1.25 cm	$ 235.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$ 90.00
D7472	Extirpación del torus palatino	$ 65.00
D7473	Extirpación del torus mandibularis	$ 65.00
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	$ 60.00
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intraoral	$ 35.00
D7970	Escisión de tejido hiperplástico, por arco	$ 85.00
D7971	Escisión gingival pericoronal	$ 55.00

Reparaciones de prótesis		**El afiliado paga**
D5511*	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	$ 35.00
D5512*	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar	$ 35.00
D5520*	Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza completa - por diente	$ 35.00
D5611*	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	$ 35.00
D5612*	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	$ 35.00
D5621*	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	$ 35.00
D5622*	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	$ 35.00
D5630*	Reparación o reemplazo de materiales de retención/ganchos rotos - por diente	$ 35.00
D5640*	Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza parcial - por diente	$ 35.00
D5650*	Añadir diente a dentadura postiza parcial existente - por diente	$ 35.00
D5670*	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido - maxilar	$ 210.00
D5671*	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido - mandibular	$ 225.00
D5710*	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar	$ 200.00
D5711*	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular	$ 200.00
D5720*	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	$ 200.00
D5721*	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	$ 200.00
D5725*	Rebasado de prótesis híbridas	$ 200.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)	$ 60.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	$ 60.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo)	$ 60.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo)	$ 60.00
D5750*	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	$ 95.00
D5751*	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	$ 95.00
D5760*	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	$ 95.00
D5761*	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	$ 95.00
D5765*	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial - indirecto	$ 95.00
D5810*	Dentadura postiza completa provisional (maxilar)	$ 250.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D5811*	Dentadura postiza completa provisional (mandibular)	$ 250.00
D5820*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - maxilar	$ 80.00
D5821*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - mandibular	$ 80.00
D5850	Acondicionamiento del tejido maxilar	$ 30.00
D5851	Acondicionamiento del tejido mandibular	$ 30.00
D6214*	Puente fijo - titanio y aleaciones de titanio	$ 270.00
D6245*	Puente fijo - porcelana/cerámica	$ 270.00
D6250*	Puente fijo - resina con metal muy noble	$ 270.00
D6251	Puente fijo - resina con metal predominantemente básico	$ 270.00
D6252*	Puente fijo - resina con metal noble	$ 270.00
D6253*	Póntico provisional: se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final	sin cargo
D6545*	Retenedor, metal colado, prótesis fija adherida con resina	$ 250.00
D6548*	Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis fija adherida con resina	$ 250.00
D6549	Retenedor de resina para prótesis fija adherida con resina	$ 250.00
D6600*	Retenedor - incrustación inlay de porcelana/cerámica, dos superficies	$ 270.00
D6601*	Retenedor - incrustación inlay de porcelana/cerámica, tres superficies o más	$ 270.00
D6602*	Retenedor - incrustación inlay de metal muy noble fundido, dos superficies	$ 270.00
D6603*	Retenedor - incrustación inlay de metal muy noble fundido, tres superficies o más	$ 270.00
D6604	Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies	$ 270.00
D6605	Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	$ 270.00
D6606*	Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, dos superficies	$ 270.00
D6607*	Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, tres superficies o más	$ 270.00
D6608*	Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, dos superficies	$ 270.00
D6609*	Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, tres superficies o más	$ 270.00
D6610*	Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, dos superficies	$ 270.00
D6611*	Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, tres superficies o más	$ 270.00
D6612	Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies	$ 270.00
D6613	Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	$ 270.00
D6614*	Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, dos superficies	$ 270.00
D6615*	Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, tres superficies o más	$ 270.00
D6624*	Retenedor - incrustación inlay de titanio	$ 270.00
D6634*	Retenedor - incrustación onlay de titanio	$ 270.00
D6710*	Corona de anclaje - compuesto indirecto a base de resina	$ 270.00
D6720*	Corona de anclaje - resina con metal muy noble	$ 270.00
D6721	Corona de anclaje - resina con metal predominantemente básico	$ 270.00
D6722*	Corona de anclaje - resina con metal noble	$ 270.00
D6740*	Corona de anclaje - porcelana/cerámica	$ 280.00
D6780*	Corona de anclaje - 3/4 de metal muy noble fundido	$ 270.00
D6781	Corona de anclaje - 3/4 de metal predominantemente básico fundido	$ 270.00
D6782*	Corona de anclaje - 3/4 de metal noble fundido	$ 270.00
D6783*	Corona de anclaje - 3/4 de porcelana/cerámica, dentadura postiza	$ 270.00
D6784	Corona de anclaje - 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	$ 270.00

Servicios generales complementarios		**El afiliado paga**
D9110	Tratamiento paliativo por dolor dental - por consulta	$ 20.00
D9215	Anestesia local asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos	sin cargo
D9222	Administración de sedación profunda/anestesia general - primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$ 83.00
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general - cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$ 71.00
D9230	Administración de óxido nitroso	$ 15.00
D9239	Administración de sedación moderada - intravenosa - primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$ 83.00
D9243	Administración de sedación moderada - intravenosa - cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$ 71.00
D9450	Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento	sin cargo
D9951	Ajuste oclusal, limitado	$ 35.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	$ 165.00
D9995	Teleodontología: sincrónica; encuentro en tiempo real	sin cargo
D9996	Teleodontología: asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para su posterior revisión	sin cargo

Blanqueado		**El afiliado paga**
D9972	Blanqueado externo en consultorio, por arco	$ 175.00
D9975	Blanqueado externo en casa, por arco	$ 175.00

Ortodoncia		**El afiliado paga**
D8070 o D8080—niños hasta los 19 años, hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia rutinario para los casos de Clase I y Clase II.		
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$ 45.00
	Expedientes/planificación del tratamiento	$ 250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$ 1,900.00
D8090—adultos desde los 19 años de edad y más, hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia rutinario para los casos de Clase I y Clase II.		
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$ 45.00
	Expedientes/planificación del tratamiento	$ 250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$ 1,900.00
D8680	Retención de ortodoncia	$ 455.00
D8698	Recementado o refijación de retenedor fijo, maxilar	sin cargo
D8699	Recementado o refijación de retenedor fijo, mandibular	sin cargo

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

TENGA EN CUENTA:

- No todos los dentistas participantes realizan todos los tratamientos en la lista, incluidas las amalgamas. Consulte a su dentista antes del tratamiento para verificar la disponibilidad de todos los servicios.
- Visite es-www.humana.com para encontrar un dentista participante.
- 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 son ofrecidos solamente por un especialista (tales como muchos procedimientos de cirugía oral)
- Las exclusiones y limitaciones adicionales se indican junto con información completa sobre el plan en su certificado de beneficios. Si usted no tiene un certificado de beneficios, consulte la Guía de información técnica y regulatoria de beneficios de especialidad, disponible en **Disclosure.Humana.com**.

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

Asegurado o administrado por Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.

Humana®

1-800-233-4013 | es-www.humana.com

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 lo 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 formal 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 ayudarle.

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.

Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. 877-320-1235 (TTY: 711). Hours of operation: 8 a.m. – 8 p.m., Eastern time. Humana Inc. and its subsidiaries provide free auxiliary aids and services to people with disabilities when auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate. Services include qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats.

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 **es-www.humana.com/legal/multi-language-support**.

11/2024