# Plan HumanaDental DHMO 150 C

## Utilice sus beneficios de HumanaDental

El plan dental HumanaDental C Series le brinda cobertura en cualquier circunstancia. Ya sea que solo necesite cuidado dental de rutina de calidad o un tratamiento dental inesperado, usted sabe qué esperar de HumanaDental.

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

### Sepa qué cubre su plan

Anexo se encuentra un resumen de los beneficios del plan HumanaDental C Series que se describen en detalle en su certificado. Puede encontrar su certificado en **espanol.humana.com** o llamando al 1-800-979-4760. Tenga previsto lo siguiente:

- Usted tiene la libertad de seleccionar a cualquier dentista general participante. Para seleccionar a un proveedor dental de nuestra red, simplemente visite **espanol.humana.com**. Una vez ahí, también puede revisar sus beneficios, enviarnos un correo electrónico y obtener una tarjeta de identificación nueva o temporal. Si lo prefiere, contáctenos al 1-800-979-4760.
- ¡Se acabaron los 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 de rutina y usted pagará cualquier copago o cargos con descuento en el momento del servicio.
- Si necesita un dentista con una especialidad, puede recibir un descuento de hasta un 25 por ciento mediante el uso de ciertos dentistas especialistas participantes de nuestra red. Visite **espanol.humana.com** para encontrar un especialista participante.

## Elija los beneficios de HumanaDental

### Manténgase sano

La buena salud oral significa más que una simple sonrisa atractiva. La investigación muestra que la salud oral, el cuidado preventivo y las visitas regulares al dentista son parte integral de la salud general. Por ejemplo, según la Academia de Odontología General (Academy of General Dentistry), existe una relación entre las enfermedades de las encías y los problemas cardíacos y, según la Academia Estadounidense de Periodontología (American Academy of Periodontology), las enfermedades graves en las encías pueden aumentar el nivel de azúcar en la sangre, aumentando el riesgo en las personas diabéticas. El plan HumanaDental DHMO le permite cuidar mejor de sus dientes y usted pagará menos por hacerlo.

## ¿Tiene alguna pregunta?

Visite espanol.humana.com

Llame al 1-800-979-4760 en cualquier momento para obtener información automatizada o de 8 a.m. a 6 p.m. para hablar con un especialista de Atención al cliente.

# Plan HumanaDental DHMO 150 C

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 la frecuencia que sea necesaria. No existen máximos anuales, no se deben alcanzar deducibles y no hay períodos de espera. Los copagos de los planes C para los tratamientos enumerados se aplican solamente para los dentistas generales participantes.

Los costos de los afiliados enumerados aquí son por los servicios provistos por un dentista de cuidado primario participante (PCD, por sus siglas en inglés) de su elección solamente. Un PCD puede decidir que usted necesita consultar a un especialista participante. No es necesario un referido para consultar a un especialista participante.

**Servicios de especialistas:** si necesita un especialista (es decir, endodoncista, cirujano oral, periodoncista, odontólogo pediátrico), el dentista general participante puede referirle a un especialista participante, o usted puede referirse a sí mismo a uno de ellos. Para los planes C, y los beneficios por procedimientos no enumerados en el programa, puede recibir un descuento de hasta un 25 por ciento si visita ciertos especialistas participantes. Visite **espanol.humana.com** para encontrar un especialista participante.

## Resumen de servicios

| **Citas en el consultorio** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D9310 | Consulta (los servicios de diagnóstico proporcionados por un dentista que no sea el profesional médico que provee el tratamiento) | $ 15.00 |
| D9430 | Visita al consultorio (horario normal) | $ 5.00 |
| D9440 | Visita al consultorio (después del horario regular programado) | $ 35.00 |
| D9999 | Consulta de emergencia durante el horario regular programado, por informe | $ 20.00 |
| D9999 | Citas incumplidas (sin aviso de 24 horas, por 15 minutos) Máximo de $40 por cita incumplida. No se cobrarán cargos debido a una emergencia | $ 10.00 |

| **Servicios de diagnóstico** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D0120 | Evaluación oral periódica | sin cargo |
| D0140 | Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva | sin cargo |
| D0150 | Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva. | sin cargo |
| D0160 | Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva | sin cargo |
| D0180 | Evaluación periodontal integral | $ 10.00 |
| D0210 | Radiografía intraoral—serie completa incluidas radiografías de mordida | sin cargo |
| D0220 | Radiografía intraoral—periapical, primera imagen radiográfica | sin cargo |
| D0230 | Radiografía intraoral—periapical, cada imagen radiográfica adicional. | sin cargo |
| D0270 | Radiografía de mordida—una sola imagen radiográfica | sin cargo |
| D0272 | Radiografías de mordida—dos imágenes radiográficas | sin cargo |
| D0274 | Radiografías de mordida—cuatro imágenes radiográficas | sin cargo |
| D0330 | Imagen radiográfica panorámica | sin cargo |
| D0460 | Pruebas de vitalidad pulpar | sin cargo |
| D0470 | Modelos de estudio | sin cargo |

| **Servicios preventivos** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D1110 | Profilaxis—adulto, rutina (una vez cada 6 meses) | sin cargo |
| D1120 | Profilaxis—niño, rutina (una vez cada 6 meses) | sin cargo |
| D1110 | Profilaxis—adulto/niño, (adicional) | $ 20.00 |
| D1120 | Profilaxis—adulto/niño, (adicional) | $ 20.00 |
| D1201 | Aplicación tópica de flúor (incluida profilaxis) en niños (hasta los 16 años) | sin cargo |
| D1203 | Aplicación tópica de flúor (sin incluir profilaxis) en niños (hasta los 16 años) | sin cargo |
| D1330 | Instrucciones para la higiene oral | sin cargo |
| D1351 | Sellador, por diente | $ 10.00 |
| D1510 | Mantenedor de espacio—unilateral fijo | $ 45.00+lab. |
| D1515 | Mantenedor de espacio—bilateral fijo | $ 45.00+lab. |
| D1520 | Mantenedor de espacio—unilateral removible | $ 85.00+lab. |
| D1525 | Mantenedor de espacio—bilateral removible | $ 85.00+lab. |
| D1550 | Recementado de mantenedor de espacio | $ 10.00 |

| **Trabajos de restauración** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D2140 | Amalgama—una superficie, primaria o permanente | sin cargo |
| D2150 | Amalgama—dos superficies, primarias o permanentes | sin cargo |
| D2160 | Amalgama—tres superficies, primarias o permanentes | sin cargo |
| D2161 | Amalgama—cuatro o más superficies, primarias o permanentes | sin cargo |
| D2940 | Empaste con sedante | $ 15.00 |
| D2999 | Base con sedante (bajo empastes), según informe. | sin cargo |

| **Restauración con resina** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D2330 | Composite a base de resina—una superficie, anterior | $ 35.00 |
| D2331 | Composite a base de resina—dos superficies, anteriores | $ 40.00 |
| D2332 | Composite a base de resina—tres superficies, anteriores | $ 50.00 |
| D2391 | Composite a base de resina—una superficie, posterior | $ 60.00 |

| | | |
|---|---|---|
| D2392 | Composite a base de resina—dos superficies, posteriores | $ 80.00 |
| D2393 | Composite a base de resina—tres superficies, posteriores | $ 100.00 |
| D2394 | Composite a base de resina—cuatro o más superficies, posteriores | $ 120.00 |
| D2510 | Inlay—de metal, una superficie | $ 95.00 |
| D2520 | Inlay—de metal, dos superficies | $ 105.00 |
| D2530 | Inlay—de metal, tres o más superficies | $ 130.00 |

| **Corona y puente** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D2740 | Corona—porcelana/cerámica | $ 280.00+lab. |
| D2750* | Corona—porcelana fundida con metal muy noble | $ 280.00 |
| D2751 | Corona—porcelana fundida con metal principalmente básico | $ 280.00 |
| D2752* | Corona—porcelana fundida con metal noble | $ 280.00 |
| D2790* | Corona—moldeada completa de metal muy noble | $ 280.00 |
| D2791 | Corona—moldeada completa de metal predominantemente básico | $ 280.00 |
| D2792* | Corona—moldeada completa de metal noble | $ 280.00 |
| D2910 | Recementado de inlay | $ 15.00 |
| D2920 | Recementado de corona | $ 15.00 |
| D2930 | Corona prefabricada de acero inoxidable—diente primario | $ 75.00 |
| D2950 | Ampliación de muñón, incluidos los pernos | $ 45.00 |
| D2951 | Retención de postes—por diente | $ 15.00 |
| D2952 | Poste y muñón moldeados, además de la corona | $ 90.00+lab. |
| D2953 | Cada poste moldeado adicional—mismo diente | $ 90.00+lab. |
| D2954 | Poste y muñón prefabricado, además de la corona | $ 90.00 |
| D2962 | Carilla labial (laminado de porcelana)—laboratorio | $ 280.00+lab. |

| **Prostodoncia (fija)** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D6210* | Puente fijo—moldeado de metal muy noble | $ 280.00 |
| D6211 | Puente fijo—moldeado de metal predominantemente básico | $ 280.00 |
| D6212* | Puente fijo—moldeado de metal noble | $ 280.00 |
| D6240* | Puente fijo—porcelana fundida con metal muy noble | $ 280.00 |
| D6241 | Puente fijo—porcelana fundida con metal predominantemente básico | $ 280.00 |
| D6242* | Puente fijo—porcelana fundida con metal noble | $ 280.00 |
| D6750* | Corona—porcelana fundida con metal muy noble | $ 280.00 |
| D6751 | Corona—porcelana fundida con metal predominantemente básico | $ 280.00 |
| D6752* | Corona—porcelana fundida con metal noble | $ 280.00 |
| D6790* | Corona—moldeada completa de metal muy noble | $ 280.00 |
| D6791 | Corona—moldeada completa de metal predominantemente básico | $ 280.00 |
| D6792* | Corona—moldeada completa de metal noble | $ 280.00 |
| D6930 | Recementado de dentadura parcial fija (por unidad) | $ 10.00 |

| **Endodoncia** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D3220 | Pulpotomía terapéutica | $ 35.00 |
| D3221 | Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes | $ 100.00 |
| D3310 | Terapia del conducto radicular—anterior (no incluye restauración final) | $ 100.00 |
| D3320 | Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauraciones finales) | $ 200.00 |
| D3330 | Terapia endodóntica, molar (no incluye restauraciones finales) | $ 250.00 |
| D3410 | Apicectomía/cirugía perirradicular—anterior | $ 125.00 |

| **Periodoncia (tratamiento para las encías)** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D4210 | Gingivectomía/gingivoplastia, 4 dientes o más por cuadrante | $ 125.00 |
| D4211 | Gingivectomía/gingivoplastia, 1 a 3 dientes por cuadrante | $ 40.00 |
| D4341 | Alisado y raspado radicular periodontal, 4 dientes o más, por cuadrante | $ 50.00 |
| D4342 | Alisado y raspado radicular periodontal, 1 a 3 dientes por cuadrante | $ 50.00 |
| D4355 | Desbridamiento de la boca completa para hacer un diagnóstico y una evaluación completa | $ 45.00 |
| D4381 | Administración localizada de agentes quimioterapéuticos (por diente) | $ 45.00 |
| D4910 | Mantenimiento periodontal | $ 50.00 |

| **Prostodoncia** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D5110 | Dentadura postiza completa—maxilar | $ 300.00+lab. |
| D5120 | Dentadura postiza completa—mandibular | $ 300.00+lab. |
| D5130 | Prótesis inmediata—maxilar | $ 300.00+lab. |
| D5140 | Prótesis inmediata—mandibular | $ 300.00+lab. |
| D5211 | Prótesis parcial maxilar—base de resina | $ 300.00+lab. |
| D5212 | Prótesis parcial mandibular—base de resina | $ 300.00+lab. |
| D5213 | Prótesis parcial maxilar—estructura moldeada de metal, bases de dentadura postiza de resina | $ 300.00+lab. |
| D5214 | Prótesis parcial mandibular—estructura moldeada de metal, bases de dentadura postiza de resina | $ 300.00+lab. |
| D5410 | Ajuste de dentadura postiza completa—maxilar | $ 15.00 |
| D5411 | Ajuste de dentadura postiza completa—mandibular | $ 15.00 |
| D5421 | Ajuste de prótesis parcial—maxilar | $ 15.00 |
| D5422 | Ajuste de prótesis parcial—mandibular | $ 15.00 |

| **Reparaciones de prótesis** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D5510 | Reparación de base de dentadura postiza completa rota | $ 15.00+lab. |
| D5520 | Reemplazo de dientes faltantes o rotos—dentadura postiza completa (cada diente) | $ 15.00+lab. |
| D5610 | Reparación de base de dentadura postiza de resina | $ 15.00+lab. |
| D5630 | Reparación o reemplazo de gancho roto—por diente | $ 15.00+lab. |
| D5640 | Reemplazo de dientes rotos—por diente | $ 15.00+lab. |
| D5650 | Añadir diente a prótesis parcial existente | $ 30.00+lab. |
| D5730 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (consultorio) | $ 50.00 |
| D5731 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (consultorio) | $ 50.00 |
| D5740 | Revestimiento de prótesis parcial maxilar (consultorio) | $ 50.00 |
| D5741 | Revestimiento de prótesis parcial mandibular (consultorio) | $ 50.00 |
| D5750 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (laboratorio) | $ 35.00+lab. |
| D5751 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio) | $ 35.00+lab. |

| | | |
|---|---|---|
| D5760 | Revestimiento de prótesis parcial maxilar (laboratorio) | $ 35.00+lab. |
| D5761 | Revestimiento de prótesis parcial mandibular (laboratorio) | $ 35.00+lab. |
| D5850 | Acondicionamiento del tejido—maxilar | $ 30.00 |
| D5851 | Acondicionamiento del tejido—mandibular | $ 30.00 |

| **Extracciones/cirugía oral y maxilofacial** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D7111 | Extracción, restos coronarios – diente primario | sin cargo |
| D7140 | Extracción, diente erupcionado o diente expuesto | sin cargo |
| D7210 | Extracción quirúrgica de diente erupcionado | $ 40.00 |
| D7220 | Extracción de diente impactado—tejido blando | $ 50.00 |
| D7230 | Extracción de diente impactado—parcialmente osificado | $ 70.00 |
| D7240 | Extracción de diente impactado—completamente osificado | $ 85.00 |
| D7250 | Extracción quirúrgica de raíces residuales de diente | $ 35.00 |
| D7310 | Alveoloplastia junto con extracciones—por cuadrante | $ 35.00 |
| D7311 | Alveoloplastia junto con extracciones—uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $ 35.00 |
| D7320 | Alveoloplastia aparte de extracciones—por cuadrante | $ 70.00 |
| D7321 | Alveoloplastia aparte de extracciones—uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $ 70.00 |
| D7510 | Incisión y drenaje de absceso—intraoral | $ 25.00 |

| **Anestesia** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D9215 | Anestesia local | sin cargo |
| D9230 | Analgesia (óxido nitroso), por cada 15 minutos | $ 15.00 |

| **Servicios generales adjuntos** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D9450 | Presentación de caso, planificación detallada y exhaustiva del tratamiento | sin cargo |
| D9951 | Ajuste oclusal—limitado | $ 25.00 |
| D9952 | Ajuste oclusal—completo | $ 150.00 |

**Ortodoncia** **El afiliado paga**

TENGA EN CUENTA: usted puede recibir un 25 por ciento de descuento si visita ciertos ortodoncistas de la red. Visite **espanol.humana.com** para encontrar un ortodoncista participante.

* Los copagos anteriores no incluyen el costo adicional de metales preciosos (muy noble) y semipreciosos (noble). El costo adicional del metal precioso no superará los $125 por unidad y los $75 por unidad para los metales semipreciosos.

Tenga en cuenta:

- No todos los dentistas participantes realizan todos los procedimientos enumerados, incluidas las amalgamas. Consulte a su dentista antes del tratamiento para verificar la disponibilidad de los servicios.
- Los procedimientos no enumerados podrían ser elegibles para un descuento de hasta un 25%. Los afiliados pueden contactar con su proveedor participante para determinar si se aplica algún descuento. Visite **espanol.humana.com** para encontrar un dentista participante.
- Cuando las coronas o puentes exceden seis unidades en el mismo plan de tratamiento, al paciente se le pueden cobrar $50 adicionales por unidad.
- Si usted incumple con su cita con el dentista sin un aviso 24 horas antes, está sujeto al cargo de su dentista por cita incumplida.
- Las exclusiones y limitaciones adicionales se indican junto con la información completa sobre el plan en su certificado de beneficios.

Asegurado o administrado por CompBenefits Dental, Inc.

Humana®

espanol.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 le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarlo.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**.

**Afiliados o residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California), **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

**Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711). Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.** Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

**English:** Call the number above to receive free language assistance services.

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

**繁體中文 (Chinese):** 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

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

**Tagalog (Tagalog – Filipino)** Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

**Русский (Russian):** Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

**العربية (Arabic):** اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

**French Creole (Haitian Creole):** Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

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

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

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

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

**日本語 (Japanese):** 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

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

**فارسی (Farsi):** برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

**हिंदी (Hindi):** भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

**հայերեն (Armenian):** Զանգահարեք վերը նշված հեռախոսահամարով՝ անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ ստանալու համար:

**ગુજરાતી (Gujarati):** મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કૉલ કરો.

**Hmoob (Hmong):** Hu rau tus xov tooj saum toj sauv kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

Estos avisos están disponibles en **es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure** y **www.humana.com/legal/multi-language-support**.