Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

Siéntase bien al elegir un plan Humana Dental

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

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

La buena salud comienza al tener una boca sana

Dé prioridad a las consultas dentales

Una de las primeras líneas de defensa en la salud general es el cuidado dental. Las limpiezas dentales regulares pueden ayudar a controlar problemas en el cuerpo, como enfermedad del corazón, diabetes y derrame cerebral. El plan Humana Dental DHMO/Prepaid le permite cuidar mejor sus dientes y pagar menos al hacerlo.

Consejos para lograr una boca sana

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

Guía de información reguladora y técnica de beneficios especializados disponible en **Humana.com/insurance-through-employer/enrollment-center/pre-enrollment-disclosure**.

Cómo utilizar sus beneficios de Humana Dental

Debe seleccionar un dentista de cuidado primario dentro de la red para acceder a los cuidados de este plan. Simplemente, visite **es-www.humana.com/findadentist** para encontrar un dentista.

Regístrese o inicie sesión en **MyHumana** at **es-www.humana.com** para ver los detalles de su cobertura, tarjetas de identificación, encontrar un dentista y mucho más.

¡Una vida sin formularios de reclamación! Su dentista de cuidado primario proveerá todo su cuidado dental rutinario y usted pagará cualquier copago a su dentista en el momento del servicio.

¿Preguntas?

Visite **es-www.humana.com** o llame al **866-427-7478**, de lunes a sábado, de 8 a.m. a 11 p.m., y los domingos, de 11 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Encuentre un dentista en **es-www.humana.com/findadentist**.

Humana®

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

Los planes Humana Dental DHMO/Prepaid se centran en el mantenimiento de la salud oral, la prevención y la limitación de costos. No existen máximos anuales, no se deben alcanzar deducibles y no hay períodos de espera. Los copagos del plan para los procedimientos detallados se aplican tanto para un dentista general participante como para un especialista participante. Los procedimientos que no figuran en este documento no están cubiertos por el plan.

Servicios de especialistas: Si un afiliado necesita servicios de un especialista (p. ej., un endodoncista, cirujano oral, periodoncista, dentista pediátrico), su dentista general participante lo puede referir, o el afiliado puede referirse a sí mismo a cualquier especialista participante. Visite **es-www.humana.com/findadentist** para encontrar un especialista participante.

Resumen de servicios

Los servicios marcados con un asterisco (*) a continuación también requieren el pago por separado de los cargos de laboratorio, que no superarán los $200. Los cargos de laboratorio deben pagarse al dentista del plan, además de cualquier copago por servicio aplicable.

Citas		El afiliado paga
D9310	Consulta (normalmente no es el mismo dentista que realiza el tratamiento)	$25.00
D9430	Visita al consultorio (horario normal)	$10.00
D9440	Consulta médica: después del horario regular programado	$45.00
D9986	Cita incumplida	$10.00
D9987	Cita cancelada	$10.00
D9999	Consulta de emergencia durante el horario regular programado	$20.00

Diagnóstico		El afiliado paga
D0120	Evaluación oral periódica: paciente habitual (dos por año)	sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada: enfocada en un problema	sin cargo
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de tres años y asesoramiento con el cuidador principal	sin cargo
D0150	Evaluación oral integral: paciente nuevo o habitual (dos por año)	sin cargo
D0160	Evaluación oral detallada y extensiva: enfocada en un problema, por informe	sin cargo
D0170	Reevaluación: limitada y enfocada en un problema (paciente habitual; consulta no posoperatoria)	sin cargo
D0171	Reevaluación: consulta posoperatoria	sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o habitual (dos por año)	$25.00
D0190	Prueba de detección de un paciente	sin cargo
D0191	Evaluación de un paciente	sin cargo
D0210	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas (límite de1 D0210 o D0709 cada 3 años)	sin cargo
D0220	Intraoral: periapical, primera imagen radiográfica	sin cargo
D0230	Intraoral: periapical, cada imagen radiográfica adicional	sin cargo
D0240	Intraoral: imagen radiográfica oclusal	sin cargo
D0250	Extraoral: imagen radiográfica de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación fija y detector	sin cargo
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral (limitada a una D0251 o D0705 por año)	sin cargo
D0270	Radiografía de mordida: una sola imagen radiográfica (dos por año)	sin cargo
D0272	Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas (dos por año calendario)	sin cargo
D0273	Radiografías de mordida: tres imágenes radiográficas (dos por año)	sin cargo
D0274	Radiografías de mordida: cuatro imágenes radiográficas (dos por año)	sin cargo
D0277	Radiografías de mordida verticales: de 7 a 8 imágenes radiográficas (dos por año)	sin cargo
D0310	Sialografía	$150.00
D0320	Artrograma articular temporomandibular, incluida la inyección	$250.00
D0321	Otras imágenes radiográficas de la articulación temporomandibular, por informe	$150.00
D0322	Inspección tomográfica	$150.00
D0330	Imagen radiográfica panorámica (limitada a 1 D0330 o D0701 cada 3 años)	sin cargo
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica 2D: adquisición, medición y análisis	$40.00
D0350	imagen fotográfica facial/oral 2D obtenida de forma intraoral o extraoral	sin cargo
D0364	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión limitado: menos de una mandíbula entera (solo se cubre en conjunto con la colocación quirúrgica de un implante; limite de un total de solo una D0364, D0365, D0366 o D0367 por año)	$175.00
D0365	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión on campo de visión de un arco dental completo: mandíbula (solo se cubre en conjunto con la colocación quirúrgica de un implante; limite de un total de solo una D0364, D0365, D0366 o D0367 por año)	$175.00
D0366	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo: maxilar, con o sin cráneo (solo se cubre en conjunto con la colocación quirúrgica de un implante; limite de un total de solo una D0364, D0365, D0366 o D0367 por año)	$175.00

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

D0367	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de ambas mandíbulas; con o sin cráneo (solo se cubre en conjunto con la colocación quirúrgica de un implante; limite de un total de solo una D0364, D0365, D0366 o D0367 por año)	$200.00
D0368	Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico para la serie de articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés), incluye dos o más exposiciones (límite de 1 por año)	$180.00
D0369	Captura e interpretación de imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) maxilofaciales	$180.00
D0370	Captura e interpretación de ultrasonido maxilofacial	$160.00
D0371	Captura e interpretación de sialoendoscopia	$160.00
D0380	Captura de imagen de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión limitado: menos de una mandíbula entera	$140.00
D0381	Captura de imagen de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo: mandíbula	$130.00
D0382	Captura de imagen de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo: maxilar, con o sin cráneo	$130.00
D0383	Captura de imagen de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de ambas mandíbulas; con o sin cráneo	$175.00
D0384	Captura de imagen de tomografía computarizada de haz cónico para la serie de articulación temporomandibular, incluye dos o más exposiciones	$130.00
D0385	Captura de imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) maxilofaciales	$160.00
D0386	Captura de imágenes de ultrasonido maxilofaciales	$160.00
D0391	Interpretación de imagen de diagnóstico por un profesional médico no asociado a la captura de la imagen, incluido el informe	sin cargo
D0393	Simulación de tratamiento virtual mediante volumen de imágenes 3D o escaneo de superficies	sin cargo
D0394	Sustracción digital de dos o más imágenes o volúmenes de imagen de la misma modalidad	sin cargo
D0395	Fusión de dos o más volúmenes de imagen 3D de una o más modalidades	sin cargo
D0414	Procesamiento en laboratorio de la muestra microbiana para incluir estudios de cultivo y sensibilidad, preparación y transmisión de informe escrito	sin cargo
D0415	Obtención de muestras de microorganismos para cultivo y sensibilidad	sin cargo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición	sin cargo
D0425	Pruebas de propensión a las caries	sin cargo
D0431	Prueba complementaria de prediagnóstico que ayuda a detectar anomalías de la mucosa, incluidas lesiones premalignas y malignas, sin incluir citología ni procedimientos de biopsia	$65.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar (no cubiertas en caso de realización de conducto radicular)	sin cargo
D0470	Moldes de yeso de diagnóstico	sin cargo
D0472	Recolección de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito	sin cargo
D0473	Recolección de tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	sin cargo
D0474	Recolección de tejido, examen macroscópico y microscópico, incluida evaluación de márgenes quirúrgicos para detectar presencia de enfermedad, preparación y transmisión de informe escrito	sin cargo
D0480	Obtención de frotis citológicos exfoliativos, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	sin cargo
D0486	Acceso al laboratorio de una muestra citológica transepitelial, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	sin cargo
D0502	Otros procedimientos de patologías orales, por informe	sin cargo
D0600	Procedimiento de diagnóstico no ionizante capaz de cuantificar, monitorear y registrar los cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento	sin cargo
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con resultado de bajo riesgo	sin cargo
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con resultado de riesgo moderado	sin cargo
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con resultado de alto riesgo	sin cargo
D0701	Imagen radiográfica panorámica: captura de imagen solamente (limitada a una D0330 o D0701 cada 3 años)	sin cargo
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica 2D: captura de imagen únicamente	$40.00
D0703	Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida de forma intraoral o extraoral: captura de imagen únicamente	$5.00
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral: captura de imagen únicamente (limitada a una D0251 o D0705 por año)	sin cargo
D0706	Intraoral: imagen radiográfica oclusal, captura de imagen únicamente	sin cargo
D0707	Intraoral: imagen radiográfica periapical, captura de imagen únicamente	$5.00
D0708	Intraoral: imagen radiográfica de radiografía de mordida, captura de imagen únicamente	sin cargo
D0709	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas, captura de imagen únicamente (límite de una D0210 o D0709 cada 3 años)	sin cargo

Servicios preventivos		El afiliado paga
D1110	Profilaxis: adulto (dos por año, a cargo del dentista de cuidado primario)	sin cargo
D1120	Profilaxis: niño (dos por año)	sin cargo
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor (dos por año; para niños menores de 16 años)	sin cargo
D1208	Aplicación tópica de flúor: excluye barniz (dos por año; para niños menores de16 años)	sin cargo

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

D1310	Asesoramiento nutricional para controlar enfermedades dentales	sin cargo
D1320	Servicios de asesoramiento sobre el uso de tabaco para el control o prevención de enfermedades orales	sin cargo
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	sin cargo
D1330	Instrucciones para la higiene oral	sin cargo
D1351	Sellador: por diente (solo dientes permanentes hasta los 15 años)	$15.00
D1352	Restauración preventiva con resina en un paciente con riesgo de caries moderado o alto: diente permanente	$5.00
D1353	Reparación de sellador: por diente	$5.00
D1354	Aplicación provisional de medicamento para la detención de caries: por diente	$5.00
D1355	Aplicación de medicamento para la prevención de caries: por diente	$10.00
D1510*	Mantenedor de espacio: fijo, unilateral, por cuadrante (hasta los 14 años)	$75.00
D1516*	Mantenedor de espacio: fijo, bilateral, maxilar (hasta los 14 años)	$105.00
D1517*	Mantenedor de espacio: fijo, bilateral, mandibular (hasta los 14 años)	$105.00
D1520*	Mantenedor de espacio: removible, unilateral, por cuadrante (hasta los 14 años)	$95.00
D1526*	Mantenedor de espacio: removible, bilateral, maxilar (hasta los 14 años)	$100.00
D1527*	Mantenedor de espacio: removible, bilateral, mandibular (hasta los 14 años)	$100.00
D1551	Recementado o refijación de mantenedor de espacio: maxilar	$15.00
D1552	Recementado o refijación de mantenedor de espacio: mandibular	$15.00
D1553	Recementado o refijación de mantenedor de espacio unilateral: por cuadrante	$15.00
D1556	Remoción de mantenedor de espacio fijo unilateral: por cuadrante	$10.00
D1557	Remoción de mantenedor de espacio fijo bilateral: maxilar	$10.00
D1558	Remoción de mantenedor de espacio fijo bilateral: mandibular	$10.00
D1575	Mantenedor de espacio de zapatilla distal: fijo unilateral, por cuadrante (hasta los 14 años, dientes primarios solamente)	$165.00

Restaurativos		**El afiliado paga**
D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	$20.00
D2150	Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	$25.00
D2160	Amalgama: tres superficies, primaria o permanente	$30.00
D2161	Amalgama: cuatro superficies o más, primaria o permanente	$35.00
D2410	Lámina de oro: una superficie	$65.00
D2420	Lámina de oro: dos superficies	$90.00
D2430	Lámina de oro: tres superficies	$120.00
D2921	Recolocación de fragmento de diente, borde o cúspide incisal	$30.00
D2940	Colocación de restauración directa provisional	$20.00
D2949	Base restauradora para una restauración indirecta	$35.00
D2975	Adaptación	$100.00
D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes de superficie lisa	$20.00

Restauración con resina (incrustaciones inlay y onlay limitadas a una por diente cada cinco años)		**El afiliado paga**
D2330	Composite a base de resina: una superficie, anterior	$35.00
D2331	Composite a base de resina: dos superficies, anteriores	$50.00
D2332	Composite a base de resina: tres superficies, anteriores	$65.00
D2335	Composite a base de resina: cuatro o más superficies (anteriores)	$80.00
D2390	Corona de composite a base de resina, anterior	$80.00
D2391	Composite a base de resina: una superficie, posterior	$55.00
D2392	Composite a base de resina: dos superficies, posteriores	$70.00
D2393	Composite a base de resina: tres superficies, posteriores	$90.00
D2394	Composite a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores	$100.00
D2510*	Incrustación inlay: metálica, una superficie	$285.00
D2520*	Incrustación inlay: metálica, dos superficies	$295.00
D2530*	Incrustación inlay: metálica, tres superficies o más	$305.00
D2542*	Incrustación onlay: metálica, dos superficies	$310.00
D2543*	Incrustación onlay: metálica, tres superficies	$320.00
D2544*	Incrustación onlay: metálica, cuatro superficies o más	$330.00
D2610*	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, una superficie	$310.00
D2620*	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$320.00
D2630*	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$330.00
D2642*	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$335.00
D2643*	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, tres superficies	$345.00
D2644*	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, cuatro superficies o más	$355.00
D2650*	Incrustación inlay: composite a base de resina, una superficie	$285.00
D2651*	Incrustación inlay: composite a base de resina, dos superficies	$295.00
D2652*	Incrustación inlay: composite a base de resina, tres superficies o más	$305.00
D2662*	Incrustación onlay: composite a base de resina, dos superficies	$310.00

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

D2663*	Incrustación onlay: composite a base de resina, tres superficies	$320.00
D2664*	Incrustación onlay: composite a base de resina, cuatro superficies o más	$350.00
Corona y puente (limitados a una por diente cada cinco años)		**El afiliado paga**
D2710*	Corona: composite a base de resina (indirecto)	$350.00
D2712*	Corona: 3/4 de composite a base de resina (indirecto)	$350.00
D2720*	Corona: resina con metal muy noble	$350.00
D2721	Corona: resina con metal predominantemente básico	$350.00
D2722*	Corona: resina con metal noble	$350.00
D2740*	Corona: porcelana/cerámica	$350.00
D2750*	Corona: porcelana fundida con metal de alta estabilidad	$350.00
D2751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente básico	$350.00
D2752*	Corona: porcelana fundida con metal estable	$350.00
D2753*	Corona: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$350.00
D2780*	Corona: 3/4 de metal muy noble fundido	$350.00
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente básico fundido	$350.00
D2782*	Corona: 3/4 de metal noble fundido	$350.00
D2783*	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	$350.00
D2790*	Corona: completa de metal muy noble fundido	$350.00
D2791	Corona: completa de metal predominantemente básico fundido	$350.00
D2792*	Corona: completa de metal noble fundido	$350.00
D2794*	Corona: titanio y aleación de titanio	$350.00
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	$20.00
D2915	Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	sin cargo
D2920	Recementado o refijación de corona	$20.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente permanente	$90.00
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente primario	$90.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable: diente primario	$90.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente	$30.00
D2932	Corona prefabricada de resina	$80.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	$80.00
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con revestimiento estético: diente primario	$80.00

D2950	Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos cuando se requiera	$65.00
D2951	Retención de pernos: por diente, además de la restauración	$20.00
D2952*	Poste y muñón, además de corona, de fabricación indirecta	$125.00
D2953*	Cada poste adicional de fabricación indirecta: en el mismo diente	$120.00
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	$105.00
D2955	Extracción del poste	$15.00
D2957	Cada poste adicional prefabricado: en el mismo diente	$40.00
D2960	Carilla labial (laminado de resina): directa	$260.00
D2961*	Carilla labial (laminado de resina): indirecta	$360.00
D2962*	Carilla labial (laminado de porcelana): indirecta	$425.00
D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona a la estructura de una dentadura postiza parcial existente	$60.00
D2980	Reparación de corona debido a falla del material de restauración	$15.00
D2981	Reparación de incrustación inlay debido a falla del material de restauración	$15.00
D2982	Reparación de incrustación onlay debido a falla del material de restauración	$15.00
D2983	Reparación de carilla debido a falla del material de restauración	$15.00
D6940	Rompefuerza	$160.00
D6950	Colocación de precisión	$210.00
Prostodoncia (fija) (sustitución limitada a cada cinco años, ajustes una vez al año)		**El afiliado paga**
D6205	Póntico: composite indirecto a base de resina	$700.00
D6210*	Póntico: metal muy noble fundido	$350.00
D6211	Póntico: metal predominantemente básico fundido	$350.00
D6212*	Póntico: metal noble fundido	$350.00
D6240*	Póntico: porcelana fundida con metal muy noble	$350.00
D6241	Póntico: porcelana fundida con metal predominantemente básico	$350.00
D6242*	Póntico: porcelana fundida con metal noble	$350.00
D6243*	Póntico: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$350.00
D6750*	Corona de anclaje: porcelana fundida con metal muy noble	$350.00
D6751	Corona de anclaje: porcelana fundida con metal predominantemente básico	$350.00
D6752*	Corona de anclaje: porcelana fundida con metal noble	$350.00
D6753*	Corona de anclaje: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$350.00
D6790*	Corona de anclaje: completa de metal muy noble fundido	$350.00
D6791	Corona de anclaje: completa de metal predominantemente básico fundido	$350.00

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

D6792*	Corona de anclaje: completa de metal noble fundido	$350.00
D6793	Corona de anclaje provisional: se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final	$125.00
D6794*	Corona de anclaje: titanio y aleaciones de titanio	$350.00
D6930	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija	$30.00
D6980	Reparación de dentaduras postizas parciales fijas, necesaria por falla del material de restauración	$60.00

Prostodoncia (fija) (sustitución limitada a cada cinco años)		**El afiliado paga**
D5110*	Dentadura postiza completa: maxilar	$475.00
D5120*	Dentadura postiza completa: mandibular	$475.00
D5130*	Dentadura postiza inmediata: maxilar	$475.00
D5140*	Dentadura postiza inmediata: mandibular	$475.00
D5211*	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$450.00
D5212*	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$450.00
D5213*	Dentadura postiza parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$475.00
D5214*	Dentadura postiza parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$475.00
D5221*	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$333.00
D5222*	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$333.00
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)	$523.00
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)	$523.00
D5225*	Dentadura postiza parcial maxilar: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$475.00
D5226*	Dentadura postiza parcial mandibular: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$475.00
D5227*	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	$475.00
D5228*	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)	$475.00
D5282*	Dentadura postiza parcial unilateral removible: metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	$395.00
D5283*	Dentadura postiza parcial unilateral removible: metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular	$395.00
D5284*	Dentadura postiza parcial unilateral removible: base flexible de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante	$395.00
D5286*	Dentadura postiza parcial unilateral removible: resina de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante	$395.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	$20.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	$20.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	$20.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	$20.00
D5660*	Añadir gancho a dentadura postiza parcial existente: por diente	$100.00
D5862	Colocación de precisión, por informe	$150.00
D5875	Modificación de prótesis removible después de cirugía de implante	$55.00
D5876	Agregar subestructura metálica a dentadura postiza completa de acrílico (por arco)	$45.00
D5899	Procedimiento de prostodoncia removible no especificado, por informe	sin cargo

Endodoncia (cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida)		**El afiliado paga**
D3110	Recubrimiento pulpar: directo (no incluye restauración final)	$20.00
D3120	Recubrimiento pulpar: indirecto (no incluye restauración final)	$15.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final): extracción de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	$55.00
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	$120.00
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis: diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz	$40.00
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior primario (no incluye restauración final)	$55.00
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior primario (no incluye restauración final)	$75.00
D3310	Tratamiento endodóntico: diente anterior (no incluye restauración final)	$135.00
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauración final)	$240.00
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauración final)	$310.00
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto radicular: acceso no quirúrgico	$95.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta: diente que no se puede operar o fracturado	$95.00
D3333	Reparación interna de defectos por perforaciones radiculares	$100.00
D3346	Repetición de tratamiento de conducto previo: anterior	$165.00

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

D3347	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: premolar	$230.00
D3348	Repetición de tratamiento de conducto previo: molar	$315.00
D3351	Apexificación/recalcificación: visita inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.)	$110.00
D3352	Apexificación/recalcificación: reemplazo de medicamento provisional (incluye las radiografías necesarias)	$85.00
D3353	Apexificación/recalcificación: consulta final (incluye radiografías necesarias)	$110.00
D3410	Apicectomía: anterior	$165.00
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz)	$170.00
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	$170.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$75.00
D3428	Injerto de hueso asociado con cirugía perirradicular: por diente, un solo sitio	$30.00
D3429	Injerto de hueso asociado con cirugía perirradicular: cada diente contiguo adicional en el mismo sitio de la cirugía	$25.00
D3430	Obturación retrógrada: por raíz	$45.00
D3431	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando asociados con cirugía perirradicular	$150.00
D3432	Regeneración tisular guiada, barrera reabsorbible, por sitio, asociada con cirugía perirradicular	$150.00
D3450	Amputación radicular, por raíz (no cubierta junto con el procedimiento D3920)	$110.00
D3460	Implante endodóntico endoóseo	$700.00
D3470	Reimplantación intencional (incluida la ferulización necesaria)	$175.00
D3471	Reparación quirúrgica de resorción radicular: anterior	$100.00
D3472	Reparación quirúrgica de resorción radicular: premolar	$165.00
D3473	Reparación quirúrgica de resorción radicular: molar	$120.00
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía ni reparación de la resorción radicular: anterior	$100.00
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni reparación de la resorción radicular: premolar	$100.00
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni reparación de la resorción radicular: molar	$100.00
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma	$35.00
D3911	Barrera intraorificio	sin cargo
D3920	Hemisección (incluida la extracción de raíz), no se incluye el tratamiento de conducto	$105.00
D3921	Decoronación o sumersión de un diente erupcionado	$85.00
D3950	Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado	$20.00

Periodoncia (tratamiento para las encías)		**El afiliado paga**
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante	$135.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante	$75.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso para un procedimiento de restauración, por diente	$60.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante	$180.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular: uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante	$135.00
D4245	Colgajo de reposición apical	$200.00
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro	$175.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$400.00
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre): uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$375.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, primer sitio del cuadrante	$240.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, cada sitio adicional del cuadrante	$145.00
D4265	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando, por sitio	$115.00
D4266	Regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera reabsorbible, por sitio	$290.00
D4267	Regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera no reabsorbible, por sitio	$375.00
D4268	Procedimiento quirúrgico de revisión, por diente	sin cargo
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	$295.00
D4273	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) por primer diente, implante o posicionamiento de diente en el injerto en pacientes desdentados	$400.00
D4274	Procedimiento de acuñamiento mesial/distal o proximal, un solo diente (cuando no se realiza en combinación con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	$105.00
D4275	Injerto no autógeno de tejido conectivo (incluye materiales de donante y receptor) por primer diente, implante o posicionamiento de diente en el injerto en pacientes desdentados	$425.00
D4276	Injerto combinado de tejido conectivo y pediculado doble, por diente	$65.00
D4277	Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) por primer diente, implante o posicionamiento de diente en el injerto en pacientes desdentados	$300.00

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) por cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados	$150.00
D4283	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor): por cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados	$240.00
D4285	Procedimiento de injerto no autógeno de tejido conectivo (incluye sitio quirúrgico de receptor y material de donante): por cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados	$255.00
D4322	Férula: intracoronal, dientes naturales o coronas protésicas	$120.00
D4323	Férula: extracoronal, dientes naturales o coronas protésicas	$100.00
D4341	Alisado y raspado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante (se pagará un máximo de cuatro (4) cuadrantes en cualquier combinación de D4342, por 2 años).	$70.00
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal: de uno a tres dientes, por cuadrante (se pagará un máximo de cuatro (4) cuadrantes en cualquier combinación de D4341, por 2 años)	$60.00
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, después de la evaluación oral (limitado a 1 por año cruzado reduce D1110, D1120)	$65.00
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación periodontal completa y diagnóstico en una consulta posterior (una vez por cinco años)	$65.00
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de distribución controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente (limitada a una vez por diente por año, hasta un máximo de tres (3) sitios dentales por cuadrante, y realizada no menos de tres (3) meses después de la tratamiento periodontal activo).	$65.00
D4910	Mantenimiento periodontal (cubierto solo después de terapia periodontal activa)	$55.00
D4920	Cambio no programado de apósito (a cargo de una persona distinta del dentista tratante o su personal)	$20.00
D4921	Irrigación gingival con un agente médico, por cuadrante	$5.00

Extracciones/cirugía oral y maxilofacial		El afiliado paga
D7111	Extracción de restos coronarios: diente primario	sin cargo
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o con pinzas)	$40.00
D7210	Extracción, Diente erupcionado que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica	$55.00
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	$60.00
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente osificado	$85.00
D7240	Extracción de diente impactado: completamente osificado	$105.00
D7241	Extracción de diente impactado: completamente osificado, con complicaciones quirúrgicas inusuales	$140.00
D7250	Extracción de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión)	$45.00
D7251	Coronectomía: extracción intencional de diente parcial, diente impactado únicamente	$150.00
D7260	Cierre de fístula oroantral	$400.00
D7261	Cierre primario de perforación sinusal	$250.00
D7270	Reimplante o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	$75.00
D7272	Trasplante dental (incluye reimplantación de un lugar a otro y ferulización o estabilización)	$100.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	$135.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar su erupción	$110.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado	$60.00
D7284	Biopsia por escisión de glándulas salivales menores	$130.00
D7285	Biopsia incisional de tejido oral: duro (hueso, diente)	$400.00
D7286	Biopsia incisional de tejido oral: suave	$130.00
D7287	Recogida de muestras citológicas exfoliativas	$60.00
D7288	Biopsia por cepillado: recogida de muestras transepiteliales	$65.00
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, según informe	$30.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$45.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$20.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$85.00
D7321	Alveoloplastia aparte de extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$45.00
D7340	Vestibuloplastia, extensión de cresta (epitelización secundaria)	$350.00
D7350	Vestibuloplastia: extensión de cresta (incluidos injertos de tejido blando, recolocación muscular, revisión de colocación de tejido blando y manejo de tejido hipertrofiado e hiperplástico)	$1,000.00
D7410	Escisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm	$25.00
D7411	Escisión de lesión benigna superior a 1.25 cm	$50.00
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada	$50.00
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno: de hasta 1.25 cm	$190.00
D7451	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno: mayor de 1.25 cm	$260.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$110.00

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

D7472	Extirpación del torus palatinus	$75.00
D7473	Extirpación del torus mandibularis	$75.00
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	$65.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	$40.00
D7511	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intraoral, complicado (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	$25.00
D7520	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando extraoral	$25.00
D7521	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando extraoral, complicado (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	$25.00
D7880	Dispositivo ortopédico oclusal, por informe (1 por 2 años)	$150.00
D7881	Ajuste del dispositivo ortopédico oclusal	$10.00
D7910	Suturas de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm	$30.00
D7921	Recolección y aplicación de producto concentrado de sangre autóloga	$125.00
D7922	Colocación de apósito biológico intracavidad para ayudar en la hemostasis o la formación de coágulos, estabilización, por sitio	sin cargo
D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o de cartílago de la mandíbula o el maxilar: autógeno o no autógeno, por informe	$350.00
D7951	Aumento sinusal con hueso o sustitutos óseos mediante aproximación abierta lateral	$800.00
D7952	Aumento sinusal mediante aproximación vertical	$500.00
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	$30.00
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	$30.00
D7963	Frenuloplastia	$50.00
D7970	Escisión de tejido hiperplástico: por arco	$90.00
D7971	Escisión de encía pericoronal	$60.00
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	$125.00
D7994	Colocación quirúrgica: implante cigomático	$1,200.00
Reparaciones de prótesis		**El afiliado paga**
D5511*	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	$45.00
D5512*	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar	$45.00
D5520*	Reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (por diente)	$45.00
D5611*	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	$45.00
D5612*	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	$45.00
D5621*	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	$45.00
D5622*	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	$45.00
D5630*	Reparación o reemplazo de los materiales de retención o enganche rotos: por diente	$45.00
D5640*	Reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza parcial - por diente	$45.00
D5650*	Agregado de dientes a dentadura postiza parcial existente - por diente	$45.00
D5670*	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido: maxilar	$235.00
D5671*	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido: mandibular	$290.00
D5710*	Rebasado de dentadura postiza superior completa	$210.00
D5711*	Rebasado de dentadura postiza inferior completa	$210.00
D5720*	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	$210.00
D5721*	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	$210.00
D5725*	Rebasado de prótesis híbridas	$210.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)	$80.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	$80.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo)	$80.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo)	$80.00
D5750*	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	$125.00
D5751*	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	$125.00
D5760*	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	$125.00
D5761*	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	$125.00
D5765*	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial: indirecto	$125.00
D5810*	Dentadura postiza completa provisional (maxilar)	$275.00
D5811*	Dentadura postiza completa provisional (mandibular)	$275.00
D5820*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes): maxilar	$135.00
D5821*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes): mandibular	$135.00
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	$40.00
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	$40.00
D5982*	Stent quirúrgico	$100.00
D5987*	Férula de comisura	$100.00
D5988*	Férula quirúrgica	$100.00
D6214*	Póntico de titanio y aleaciones de titanio	$350.00
D6245*	Póntico: porcelana/cerámica	$350.00
D6250*	Póntico: resina con metal muy noble	$350.00
D6251	Póntico: resina con metal predominantemente básico	$350.00
D6252*	Póntico: resina con metal noble	$350.00
D6253*	Póntico provisional: se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final	sin cargo

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

D6545*	Retenedor: metal fundido, prótesis fija adherida con resina	$275.00
D6548*	Retenedor: porcelana/cerámica, prótesis fija adherida con resina	$275.00
D6549	Retenedor: para prótesis fija adherida con resina	$275.00
D6600*	Incrustación inlay de anclaje: porcelana/cerámica, dos superficies	$350.00
D6601*	Incrustación inlay de anclaje: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$350.00
D6602*	Incrustación inlay de anclaje: metal muy noble fundido, dos superficies	$350.00
D6603*	Incrustación inlay de anclaje: metal muy noble fundido, tres superficies o más	$350.00
D6604	Incrustación inlay de anclaje: metal predominantemente básico fundido, dos superficies	$350.00
D6605	Incrustación inlay de anclaje: metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	$350.00
D6606*	Incrustación inlay de anclaje: metal noble fundido, dos superficies	$350.00
D6607*	Incrustación inlay de anclaje: metal noble fundido, tres superficies o más	$350.00
D6608*	Incrustación onlay de anclaje: porcelana/cerámica, dos superficies	$350.00
D6609*	Incrustación onlay de anclaje: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$350.00
D6610*	Incrustación onlay de anclaje: metal muy noble fundido, dos superficies	$350.00
D6611*	Incrustación onlay de anclaje: metal muy noble fundido, tres superficies o más	$350.00
D6612	Incrustación onlay de anclaje: metal predominantemente básico fundido, dos superficies	$350.00
D6613	Incrustación onlay de anclaje: metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	$350.00
D6614*	Incrustación onlay de anclaje: metal noble fundido, dos superficies	$350.00
D6615*	Incrustación onlay de anclaje: metal noble fundido, tres superficies o más	$350.00
D6624*	Incrustación onlay de anclaje: titanio	$350.00
D6634*	Incrustación onlay de anclaje: titanio	$350.00
D6710*	Corona de anclaje: composite indirecto a base de resina	$350.00
D6720*	Corona de anclaje: resina con metal muy noble	$350.00
D6721	Corona de anclaje: resina con metal predominantemente básico	$350.00
D6722*	Corona de anclaje: resina con metal noble	$350.00
D6740*	Corona de anclaje: porcelana/cerámica	$350.00
D6780*	Corona de anclaje: 3/4 de metal muy noble fundido	$350.00
D6781	Corona de anclaje: 3/4 de metal predominantemente básico fundido	$350.00
D6782*	Corona de anclaje: 3/4 de metal noble fundido	$350.00
D6783*	Corona de anclaje: 3/4 de porcelana/cerámica	$350.00
D6784*	Corona de anclaje 3/4: titanio y aleaciones de titanio	$350.00

Servicios generales complementarios		El afiliado paga
D9110	Tratamiento paliativo por dolor dental: por consulta	$5.00
D9120	Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	sin cargo
D9210	Anestesia local no asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos	sin cargo
D9211	Anestesia por bloqueo regional	sin cargo
D9212	Anestesia por bloqueo de división del nervio trigémino	sin cargo
D9215	Anestesia local asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos	sin cargo
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	sin cargo
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	$92.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento posterior de 15 minutos	$78.00
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	$30.00
D9239	Sedación/anestesia intravenosa moderada (consciente): primeros 15 minutos	$92.00
D9243	Sedación/anestesia intravenosa moderada (consciente): cada incremento posterior de 15 minutos	$78.00
D9248	Sedación no intravenosa consciente	$15.00
D9311	Consulta con profesional de cuidado de la salud	sin cargo
D9450	Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento	sin cargo
D9610	Medicamento terapéutico parenteral, administración única	$15.00
D9612	Medicamentos terapéuticos parenterales, dos o más administraciones, medicamentos diferentes	$25.00
D9613	Infiltración de medicamento terapéutico de liberación sostenida, por cuadrante	$50.00
D9630	Fármacos o medicamentos despachados en el consultorio para uso doméstico	$15.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	$15.00
D9911	Aplicación de resina desensibilizante para superficie cervical o radicular, por diente	sin cargo
D9912	Evaluación del paciente antes de la consulta	sin cargo
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas): circunstancias inusuales, por informe	sin cargo
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa removible, maxilar	sin cargo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa removible, mandibular	sin cargo
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial removible, maxilar	sin cargo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial removible, mandibular	sin cargo
D9941	Fabricación de protector bucal deportivo (1 por año)	$100.00

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

Humana Dental
DHMO/Prepaid HS410

D9942	Reparación y/o revestimiento de protector oclusal	$40.00
D9943	Ajuste de protector oclusal	$10.00
D9944	Protector oclusal: aparato duro, arco completo (1 por 2 años)	$130.00
D9945	Protector oclusal: aparato blando, arco completo (1 por 2 años)	$120.00
D9946	Protector oclusal: aparato duro, arco parcial (1 por 2 años)	$120.00
D9950	Análisis oclusal: caso montado	$75.00
D9951	Ajuste oclusal: limitado	$40.00
D9952	Ajuste oclusal: completo	$185.00
D9961	Duplicar/copiar registros del paciente	sin cargo
D9973	Blanqueado externo: por diente	$30.00
D9990	Servicios certificados de traducción o lenguaje de señas: por consulta	sin cargo
D9991	Administración de casos dentales: abordaje de barreras de cumplimiento de citas	sin cargo
D9992	Administración de casos dentales: coordinación del cuidado	sin cargo
D9993	Administración de casos dentales: entrevista motivacional	sin cargo
D9994	Administración de casos dentales: educación del paciente para mejorar los conocimientos sobre la salud oral	sin cargo
D9997	Administración de casos dentales: pacientes con necesidades de cuidado de la salud especiales	sin cargo
Blanqueado		**El afiliado paga**
D9972	Blanqueamiento externo realizado en el consultorio: por arco	$185.00
D9975	Blanqueado externo en casa: por arco	$185.00
Ortodoncia		**El afiliado paga**
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes primarios	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$45.00
	Expedientes/planificación de tratamiento	$250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$850.00
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes transitorios	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$45.00
	Expedientes/planificación de tratamiento	$250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$850.00
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes de adolescentes	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$45.00
	Expedientes/planificación de tratamiento	$250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$800.00
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes de adultos	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$45.00
	Expedientes/planificación de tratamiento	$250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$1,000.00
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes transitorios	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$45.00
	Expedientes/planificación de tratamiento	$250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$1,900.00
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adolescentes	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$45.00
	Expedientes/planificación de tratamiento	$250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$1,900.00
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adultos	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$45.00
	Expedientes/planificación de tratamiento	$250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$1,900.00
D8210	Terapia con aparato removible	$50.00
D8220	Terapia con aparato fijo	$50.00
D8660	Exploración previa al tratamiento de ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo	$50.00
D8670	Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia	sin cargo
D8680	Retención en ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedor[es])	$455.00
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia removible	sin cargo
D8695	Retiro de aparatos de ortodoncia fijos por motivos que no sean la finalización del tratamiento	$140.00
D8698	Recementado o refijación de retenedor fijo: maxilar	sin cargo
D8699	Recementado o refijación de retenedor fijo: mandibular	sin cargo
D8701	Reparación de retenedor fijo, incluye recolocación: superior	sin cargo
D8702	Reparación de retenedor fijo, incluye recolocación: inferior	sin cargo

Current Dental Terminology © 2024 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 con su dentista sobre la disponibilidad de los servicios antes de recibir un tratamiento.
- Cuando las coronas y/o puentes exceden seis unidades en el mismo plan de tratamiento, al paciente se le pueden cobrar $75 adicionales por unidad.
- Algunos servicios cubiertos suelen ser ofrecidos solamente por un especialista (al igual que muchos procedimientos de cirugía oral).
- Las exclusiones y limitaciones adicionales se indican junto con la información completa sobre el plan en su certificado de beneficios. Si no tiene un certificado de beneficios, revise la Guía de información reguladora y técnica de beneficios especializados disponible en **Humana.com/insurance-through-employer/enrollment-center/pre-enrollment-disclosure**.

Asegurado o administrado por HumanaDental Insurance Company u ofrecido por The Dental Concern, Inc.

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

Aviso de no discriminación. Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc. proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y recursos y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, así como servicios gratuitos de asistencia lingüística a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, incluidos intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con Humana Inc. y sus subsidiarias en **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarlo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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