

Siéntase bien al elegir 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/prepagado usted le paga a su dentista directamente, cuando corresponda.
- Su dentista de cuidado primario proveerá todo su cuidado dental rutinario y usted pagará cualquier copago o cargos con descuento en el momento del servicio.
- Si necesita un dentista especialista, puede recibir un descuento de hasta un 25 por ciento si se atiende con ciertos dentistas especialistas participantes de nuestra red. Visite **es-www.humana.com** para encontrar un especialista participante.

Una 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 HumanaDental DHMO/prepagado 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**.

Plan HumanaDental DHMO/prepagado HD215

Los planes HumanaDental DHMO/prepagados 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 dentistas 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. Para los planes HD y los beneficios por procedimientos no enumerados en el programa, los afiliados pueden ser elegibles para recibir un descuento de hasta un 25 por ciento si consultan a un especialista participante. Visite es-www.humana.com para encontrar un especialista participante.

Resumen de servicios

Los servicios marcados con un solo asterisco (*) a continuación también requieren pago separado de cargos de laboratorio. 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) | \$ 45.00 |
| D9430 Visita al consultorio (durante el horario normal) | \$ 15.00 |
| D9440 Visita al consultorio (fuera del horario normal) | \$ 55.00 |
| 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 oral limitada/integral/detallada y exhaustiva | sin cargo |
| D0145 Evaluación oral para un paciente menor de 3 años de edad y asesoramiento con el cuidador principal | sin cargo |
| D0150 Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva (límite de dos veces en 12 meses calendario) | sin cargo |
| D0160 Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva | 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) | \$ 35.00 |
| 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 orales/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 | \$ 70.00 |
| 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, rutinaria (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 |

Plan HumanaDental

DHMO/prepagado HD215

| | | |
|--------|---|-----------|
| D1330 | Instrucciones para la higiene oral | sin cargo |
| D1351 | Sellador, por diente (solo dientes permanentes hasta los 16 años) | \$ 20.00 |
| D1510* | Mantenedor de espacio - fijo, unilateral - por cuadrante (hasta los 14 años de edad) | \$ 95.00 |
| D1516* | Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, maxilar (hasta los 14 años de edad) | \$ 135.00 |
| D1517* | Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, mandibular (hasta los 14 años de edad) | \$ 135.00 |
| D1520* | Mantenedor de espacio - removible, unilateral - por cuadrante (hasta los 14 años de edad) | \$ 105.00 |
| D1526* | Mantenedor de espacio - removible, bilateral, maxilar (hasta los 14 años de edad) | \$ 115.00 |
| D1527* | Mantenedor de espacio - removible - bilateral, mandibular (hasta los 14 años de edad) | \$ 115.00 |
| D1551 | Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral - maxilar | \$ 20.00 |
| D1552 | Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral - mandibular | \$ 20.00 |
| D1553 | Recementado o refijación de mantenedor de espacio unilateral - por cuadrante | \$ 20.00 |
| D1575 | Mantenedor de espacio de zapatilla distal - fijo unilateral, por cuadrante (hasta los 14 años de edad, dientes primarios solamente) | \$ 205.00 |

| Servicios de restauración | | El afiliado paga |
|---------------------------|---|------------------|
| D2140 | Amalgama, una superficie, primaria o permanente ... | \$ 30.00 |
| D2150 | Amalgama, dos superficies, primaria o permanente .. | \$ 35.00 |
| D2160 | Amalgama, tres superficies, primaria o permanente .. | \$ 40.00 |
| D2161 | Amalgama, cuatro o más superficies, primaria o permanente | \$ 45.00 |
| D2940 | Colocación de restauración directa provisional | \$ 25.00 |

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 | \$ 45.00 |
| D2331 | Compuesto con base de resina, dos superficies, anterior | \$ 60.00 |
| D2332 | Compuesto con base de resina, tres superficies, anterior | \$ 75.00 |
| D2335 | Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, anteriores | \$ 95.00 |
| D2390 | Corona de compuesto a base de resina, anterior | \$ 90.00 |
| D2391 | Compuesto con base de resina, una superficie, posterior | \$ 70.00 |
| D2392 | Compuesto con base de resina, dos superficies, posterior | \$ 90.00 |
| D2393 | Compuesto con base de resina, tres superficies, posterior | \$ 110.00 |
| D2394 | Compuesto con base de resina, cuatro o más superficies, posterior | \$ 130.00 |
| D2510* | Incrustación inlay, metal, una superficie | \$ 345.00 |
| D2520* | Incrustación inlay, metal, dos superficies | \$ 355.00 |
| D2530* | Incrustación inlay, metal, tres superficies o más | \$ 365.00 |
| D2542* | Incrustación onlay, metal, dos superficies | \$ 370.00 |
| D2543* | Incrustación onlay, metal, tres superficies | \$ 380.00 |
| D2544* | Incrustación onlay, metal, cuatro superficies o más .. | \$ 390.00 |
| D2610* | Incrustación inlay, porcelana/cerámica, una superficie .. | \$ 370.00 |
| D2620* | Incrustación inlay, porcelana/cerámica, dos superficies | \$ 380.00 |

| | | |
|--------|--|-----------|
| D2630* | Incrustación inlay, porcelana/cerámica, tres superficies o más | \$ 390.00 |
| D2642* | Incrustación onlay, porcelana/cerámica, dos superficies | \$ 395.00 |
| D2643* | Incrustación onlay, porcelana/cerámica, tres superficies | \$ 405.00 |
| D2644* | Incrustación onlay, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies | \$ 415.00 |
| D2650* | Incrustación inlay, compuesto con base de resina, una superficie | \$ 345.00 |
| D2651* | Incrustación inlay, compuesto con base de resina, dos superficies | \$ 355.00 |
| D2652* | Incrustación inlay, compuesto con base de resina, tres o más superficies | \$ 365.00 |
| D2662* | Incrustación onlay, compuesto con base de resina, dos superficies | \$ 370.00 |
| D2663* | Incrustación onlay, compuesto con base de resina, tres superficies | \$ 380.00 |
| D2664* | Incrustación onlay, compuesto a base de resina, cuatro superficies o más | \$ 410.00 |

Corona y puente

(límite de 1 por diente cada cinco años)

El afiliado paga

| | | |
|--------|--|-----------|
| D2710* | Corona, compuesto con base de resina, indirecto | \$ 410.00 |
| D2712* | Corona, compuesto de 3/4 a base de resina, indirecto | \$ 410.00 |
| D2720* | Corona, resina con metal muy noble | \$ 410.00 |
| D2721 | Corona, resina con metal predominantemente básico | \$ 410.00 |
| D2722* | Corona, resina con metal noble | \$ 410.00 |
| D2740* | Corona - porcelana/cerámica | \$ 410.00 |
| D2750* | Corona, porcelana fusionada con metal muy noble ... | \$ 410.00 |
| D2751 | Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente básico | \$ 410.00 |
| D2752* | Corona, porcelana fusionada con metal noble | \$ 410.00 |
| D2753* | Corona - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | \$ 410.00 |
| D2780* | Corona, 3/4 de metal muy noble fundido | \$ 410.00 |
| D2781 | Corona, 3/4 de metal predominantemente básico colado | \$ 410.00 |
| D2782* | Corona, 3/4 de metal noble colado | \$ 410.00 |
| D2783* | Corona, 3/4 de porcelana/cerámica | \$ 410.00 |
| D2790* | Corona, metal muy noble completamente fundido ... | \$ 410.00 |
| D2791 | Corona, metal predominantemente básico completamente colado | \$ 410.00 |
| D2792* | Corona, metal noble completamente fundido | \$ 410.00 |
| D2794* | Corona - titanio y aleación de titanio | \$ 410.00 |
| 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 | \$ 25.00 |
| D2915 | Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados | sin cargo |
| D2920 | Recementado o refijación de corona | \$ 25.00 |
| D2928 | Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente permanente | \$ 110.00 |
| D2929 | Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario | \$ 110.00 |
| D2930 | Corona de acero inoxidable prefabricada — diente primario | \$ 110.00 |

Plan HumanaDental

DHMO/prepagado HD215

| | | |
|--------|---|-----------|
| D2931 | Corona de acero inoxidable prefabricada — diente permanente | \$ 35.00 |
| D2932 | Corona prefabricada de resina | \$ 110.00 |
| D2933 | Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina | \$ 110.00 |
| D2934 | Corona prefabricada estética recubierta de acero inoxidable, diente primario | \$ 110.00 |
| D2950 | Reconstrucción de muñón, incluyendo pernos | \$ 80.00 |
| D2951 | Retención de pernos, por diente, además de la restauración | \$ 25.00 |
| D2952* | Poste y muñón fundido, además de la corona | \$ 175.00 |
| D2953* | Cada poste fundido adicional - mismo diente | \$ 140.00 |
| D2954 | Poste y muñón prefabricados, además de la corona .. | \$ 120.00 |
| D2955 | Extracción de poste (no junto con terapia endodóntica) | \$ 20.00 |
| D2957 | Cada poste prefabricado adicional, mismo diente, poste de metal básico | \$ 45.00 |
| D2960 | Carilla labial (laminado de resina) - directa | \$ 290.00 |
| D2961* | Carilla labial (laminado de resina) - indirecta | \$ 425.00 |
| D2962* | Carilla labial (laminado de porcelana) - indirecta | \$ 475.00 |
| D2971 | Procedimientos adicionales para adaptar una corona a la estructura de una dentadura postiza parcial existente | \$ 70.00 |
| D2980 | Reparación de corona debido a falla del material de restauración | \$ 25.00 |
| D2981 | Reparación de incrustación inlay debido a falla del material de restauración | \$ 25.00 |
| D2982 | Reparación de incrustación onlay debido a falla del material de restauración | \$ 25.00 |
| D2983 | Reparación de carilla debido a falla del material de restauración | \$ 25.00 |
| D6940 | Rompefuerza | \$ 170.00 |
| D6950 | Aditamento de precisión, separado de prótesis | \$ 220.00 |

Prostodoncia (fija)

(reemplazo limitado a cada cinco años,
ajustes una vez al año)

El afiliado paga

| | | |
|--------|---|-----------|
| D6210* | Puente fijo - metal muy noble fundido | \$ 410.00 |
| D6211 | Puente fijo - metal predominantemente básico fundido | \$ 410.00 |
| D6212* | Puente fijo - metal noble fundido | \$ 410.00 |
| D6240* | Puente fijo - porcelana fundida con metal muy noble | \$ 410.00 |
| D6241 | Puente fijo - porcelana fundida con metal predominantemente básico | \$ 410.00 |
| D6242* | Puente fijo - porcelana fundida con metal noble | \$ 410.00 |
| D6243* | Puente fijo - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | \$ 410.00 |
| D6750* | Corona de anclaje - porcelana fundida con metal muy noble | \$ 410.00 |
| D6751 | Corona de anclaje - porcelana fundida con metal predominantemente básico | \$ 410.00 |
| D6752* | Corona de anclaje - porcelana fundida con metal noble | \$ 410.00 |
| D6753* | Corona - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | \$ 410.00 |
| D6790* | Corona de anclaje - metal muy noble completamente fundido | \$ 410.00 |
| D6791 | Corona de anclaje - metal predominantemente básico completamente fundido | \$ 410.00 |
| D6792* | Corona de anclaje - metal noble completamente fundido | \$ 410.00 |
| D6794* | Corona de anclaje - titanio | \$ 410.00 |

| | | |
|-------|--|----------|
| D6930 | Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija (por unidad) | \$ 45.00 |
|-------|--|----------|

Prostodoncia

(reemplazo limitado a cada cinco años)

El afiliado paga

| | | |
|--------|---|-----------|
| D5110* | Dentadura postiza completa, maxilar | \$ 550.00 |
| D5120* | Dentadura postiza completa, mandibular | \$ 550.00 |
| D5130* | Dentadura postiza inmediata, maxilar | \$ 550.00 |
| D5140* | Dentadura postiza inmediata, mandibular | \$ 550.00 |
| D5211* | Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye materiales de retención/ ganchos, soportes y dientes) | \$ 495.00 |
| D5212* | Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye materiales de retención/ ganchos, soportes y dientes) | \$ 495.00 |
| D5213* | Dentadura postiza parcial maxilar - metal fundido (incluye materiales de retención/ ganchos, soportes y dientes) | \$ 525.00 |
| D5214* | Dentadura postiza parcial mandibular - metal fundido (incluye materiales de retención/ ganchos, soportes y dientes) | \$ 525.00 |
| D5221 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$ 385.00 |
| D5222 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$ 385.00 |
| 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) | \$ 605.00 |
| 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) | \$ 605.00 |
| D5225* | Dentadura postiza parcial superior: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$ 525.00 |
| D5226* | Dentadura postiza parcial inferior: flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$ 525.00 |
| D5227 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | \$ 525.00 |
| D5228 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | \$ 525.00 |
| D5282* | Dentadura postiza parcial unilateral removable - metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar | \$ 445.00 |
| D5283* | Dentadura postiza parcial unilateral removable - metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular .. | \$ 445.00 |
| D5284* | Dentadura postiza parcial unilateral removable - base flexible de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante | \$ 445.00 |
| D5286* | Dentadura postiza parcial unilateral removable - resina de una pieza (incluye materiales de retención/ ganchos, soportes y dientes), por cuadrante | \$ 445.00 |
| D5410 | Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar | \$ 25.00 |
| D5411 | Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular .. | \$ 25.00 |
| D5421 | Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar | \$ 25.00 |

Plan HumanaDental

DHMO/prepagado HD215

| | | |
|--------|--|-----------|
| D5422 | Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular..... | \$ 25.00 |
| D5660* | Añadir gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente | \$ 110.00 |

Endodoncia

(cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida)

El afiliado paga

| | | |
|-------|---|-----------|
| D3110 | Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final) | \$ 25.00 |
| D3120 | Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final) | \$ 20.00 |
| D3220 | Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) | \$ 65.00 |
| D3221 | Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (no se debe usar cuando se hace un conducto radicular el mismo día)..... | \$ 135.00 |
| D3230 | Terapia pulpar (empaste reabsorbible), diente anterior primario (sin restauración final) | \$ 65.00 |
| D3240 | Terapia pulpar (empaste reabsorbible), diente posterior primario (sin restauración final)..... | \$ 100.00 |
| D3310 | Tratamiento de conducto, anterior (no incluye restauración final)..... | \$ 175.00 |
| D3320 | Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauración final) | \$ 270.00 |
| D3330 | Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauración final) | \$ 390.00 |
| D3331 | Tratamiento de obstrucción de conducto radicular — acceso no quirúrgico | \$ 110.00 |
| D3332 | Tratamiento endodóntico incompleto, diente fracturado o que no se puede operar | \$ 110.00 |
| D3333 | Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente | \$ 120.00 |
| D3351 | Apexificación/recalcificación - consulta inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.) | \$ 140.00 |
| D3352 | Apexificación/recalcificación - reemplazo de medicamento provisional (incluye las radiografías necesarias)..... | \$ 100.00 |
| D3353 | Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye radiografías necesarias) | \$ 140.00 |
| D3410 | Apicectomía - anterior | \$ 210.00 |
| D3421 | Apicectomía - premolar (primera raíz) | \$ 220.00 |
| D3425 | Apicectomía - molar (primera raíz) | \$ 220.00 |
| D3426 | Apicectomía (cada raíz adicional)..... | \$ 90.00 |
| D3430 | Empaste retrógrado, por raíz..... | \$ 55.00 |
| D3450 | Amputación radicular, por raíz (no cubierta junto con el procedimiento D3920) | \$ 130.00 |
| D3910 | Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma | \$ 50.00 |
| D3920 | Hemisección no incluida en el tratamiento de conducto | \$ 120.00 |
| D3950 | Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado | \$ 25.00 |

Periodoncia (tratamiento para las encías)

El afiliado paga

| | | |
|-------|--|-----------|
| D4210 | Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes, por cuadrante..... | \$ 195.00 |
| D4211 | Gingivectomía o gingivoplastia - uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante..... | \$ 100.00 |
| D4240 | Colgajo gingival, incluyendo alisado de raíces, cuatro o más dientes, por cuadrante | \$ 220.00 |

| | | |
|-------|--|-----------|
| D4241 | Colgajo gingival, incluyendo alisado de raíces, de uno a tres dientes, por cuadrante..... | \$ 150.00 |
| D4245 | Colgajo de reposición apical..... | \$ 225.00 |
| D4249 | Alargamiento clínico de corona, tejido duro | \$ 220.00 |
| D4260 | Cirugía ósea (incluye elevación de colgajo de espesor completo y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes, por cuadrante..... | \$ 425.00 |
| D4261 | Cirugía ósea (incluye elevación de colgajo de espesor completo y cierre) - uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes, por cuadrante.... | \$ 400.00 |
| D4263 | Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio del cuadrante..... | \$ 290.00 |
| D4264 | Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido, cada sitio adicional del cuadrante | \$ 200.00 |
| D4265 | Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando - por sitio..... | \$ 135.00 |
| D4266 | Regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera reabsorbible, por sitio | \$ 360.00 |
| D4267 | Regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera no reabsorbible, por sitio | \$ 425.00 |
| D4270 | Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando | \$ 335.00 |
| 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 | \$ 425.00 |
| D4274 | Procedimiento de acuñamiento distal/mesial, un solo diente (no asociado con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica) | \$ 120.00 |
| 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 | \$ 460.00 |
| 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 | \$ 340.00 |
| 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 | \$ 170.00 |
| 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 | \$ 255.00 |
| 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 | \$ 276.00 |
| D4322 | Férula: intracoronal, dientes naturales o coronas protésicas..... | \$ 135.00 |
| D4323 | Férula: extracoronal, dientes naturales o coronas protésicas | \$ 115.00 |
| 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)..... | \$ 85.00 |

Plan HumanaDental

DHMO/prepagado HD215

| | | |
|-------|---|----------|
| 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) | \$ 70.00 |
| 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) | \$ 80.00 |
| D4355 | Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación periodontal integral y diagnóstico en una consulta posterior (una vez cada cinco años) .. | \$ 80.00 |
| 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) | \$ 70.00 |
| D4910 | Mantenimiento periodontal (cubierto solo después de la terapia periodontal activa) | \$ 70.00 |

Extracciones/cirugía oral y maxilofacial El afiliado paga

| | | |
|-------|---|-----------|
| D7111 | Extracción, remanentes coronarios - diente primario.... | sin cargo |
| D7140 | Extracción, diente erupcionado que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica | \$ 55.00 |
| D7210 | Extracción, diente erupcionado que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica | \$ 60.00 |
| D7220 | Extracción de diente impactado - tejido blando | \$ 75.00 |
| D7230 | Extracción de diente impactado - parcialmente osificado | \$ 95.00 |
| D7240 | Extracción de diente impactado, totalmente osificado | \$ 135.00 |
| D7241 | Extracción de diente impactado, totalmente osificado, con complicaciones poco comunes por informe | \$ 175.00 |
| D7250 | Extracción quirúrgica de raíces residuales de diente | \$ 50.00 |
| D7260 | Cierre de fistula oroantral | \$ 450.00 |
| D7261 | Cierre primario de perforación sinusal | \$ 275.00 |
| D7270 | Reimplante o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado | \$ 95.00 |
| D7280 | Exposición de un diente no erupcionado (sin incluir las muelas del juicio) | \$ 160.00 |
| D7282 | Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar su erupción | \$ 120.00 |
| D7285 | Biopsia incisional de tejido oral duro (hueso, diente) .. | \$ 450.00 |
| D7286 | Biopsia quirúrgica de tejido oral blando (todo lo demás) | \$ 155.00 |
| D7287 | Obtención de muestra para estudio citológico de escamación | \$ 70.00 |
| D7288 | Biopsia por cepillado, obtención de muestra transepitelial | \$ 75.00 |
| D7310 | Alveoplastia junto con extracciones, por cuadrante | \$ 50.00 |
| D7311 | Alveoplastia junto con extracciones - uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante | \$ 25.00 |
| D7320 | Alveoplastia aparte de extracciones, por cuadrante | \$ 90.00 |

| | | |
|-------|--|-----------|
| D7321 | Alveoplastia aparte de extracciones, de uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante | \$ 65.00 |
| D7450 | Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, de hasta 1.25 cm | \$ 210.00 |
| D7451 | Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, de más de 1.25 cm | \$ 285.00 |
| D7471 | Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) | \$ 130.00 |
| D7472 | Extirpación del torus palatino | \$ 80.00 |
| D7473 | Extirpación del torus mandibularis | \$ 80.00 |
| D7485 | Reducción de tuberosidad ósea | \$ 75.00 |
| D7510 | Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intraoral | \$ 45.00 |
| D7970 | Escisión de tejido hiperplástico, por arco | \$ 100.00 |
| D7971 | Escisión gingival pericoronar | \$ 65.00 |

Reparaciones de prótesis El afiliado paga

| | | |
|--------|--|-----------|
| D5511* | Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular | \$ 65.00 |
| D5512* | Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar | \$ 65.00 |
| D5520* | Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza completa - por diente | \$ 65.00 |
| D5611* | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular | \$ 65.00 |
| D5612* | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar | \$ 65.00 |
| D5621* | Reparación de estructura parcial fundida, mandibular | \$ 65.00 |
| D5622* | Reparación de estructura parcial fundida, maxilar | \$ 65.00 |
| D5630* | Reparación o reemplazo de materiales de retención/ganchos rotos - por diente | \$ 65.00 |
| D5640* | Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza parcial - por diente | \$ 65.00 |
| D5650* | Añadir diente a dentadura postiza parcial existente - por diente | \$ 60.00 |
| D5670* | Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido - maxilar | \$ 255.00 |
| D5671* | Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal fundido - mandibular | \$ 350.00 |
| D5710* | Rebasado de dentadura postiza completa maxilar | \$ 230.00 |
| D5711* | Rebasado de dentadura postiza completa mandibular | \$ 230.00 |
| D5720* | Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar | \$ 230.00 |
| D5721* | Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular | \$ 230.00 |
| D5725* | Rebasado de prótesis híbridas | \$ 230.00 |
| D5730 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo) | \$ 110.00 |
| D5731 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo) | \$ 110.00 |
| D5740 | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo) | \$ 110.00 |
| D5741 | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo) | \$ 110.00 |
| D5750* | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto) | \$ 180.00 |
| D5751* | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto) | \$ 180.00 |
| D5760* | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto) | \$ 180.00 |

Plan HumanaDental

DHMO/prepagado HD215

| | | |
|--------|---|-----------|
| D5761* | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)..... | \$ 180.00 |
| D5765* | Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial - indirecto..... | \$ 180.00 |
| D5810* | Dentadura postiza completa provisional (maxilar) | \$ 300.00 |
| D5811* | Dentadura postiza completa provisional (mandibular)..... | \$ 300.00 |
| D5820* | Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - maxilar..... | \$ 210.00 |
| D5821* | Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - mandibular..... | \$ 210.00 |
| D5850 | Acondicionamiento del tejido maxilar..... | \$ 45.00 |
| D5851 | Acondicionamiento del tejido mandibular..... | \$ 45.00 |
| D6214* | Puente fijo - titanio y aleaciones de titanio..... | \$ 410.00 |
| D6245* | Puente fijo - porcelana/cerámica..... | \$ 410.00 |
| D6250* | Puente fijo - resina con metal muy noble..... | \$ 410.00 |
| D6251 | Puente fijo - resina con metal predominantemente básico..... | \$ 410.00 |
| D6252* | Puente fijo - resina con metal noble..... | \$ 410.00 |
| 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..... | \$ 300.00 |
| D6548* | Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis fija adherida con resina..... | \$ 300.00 |
| D6549 | Retenedor de resina para prótesis fija adherida con resina..... | \$ 300.00 |
| D6600* | Retenedor - incrustación inlay de porcelana/cerámica, dos superficies..... | \$ 410.00 |
| D6601* | Retenedor - incrustación inlay de porcelana/cerámica, tres superficies o más..... | \$ 410.00 |
| D6602* | Retenedor - incrustación inlay de metal muy noble fundido, dos superficies..... | \$ 410.00 |
| D6603* | Retenedor - incrustación inlay de metal muy noble fundido, tres superficies o más..... | \$ 410.00 |
| D6604 | Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies..... | \$ 410.00 |
| D6605 | Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más..... | \$ 410.00 |
| D6606* | Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, dos superficies..... | \$ 410.00 |
| D6607* | Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, tres superficies o más..... | \$ 410.00 |
| D6608* | Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, dos superficies..... | \$ 410.00 |
| D6609* | Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, tres superficies o más..... | \$ 410.00 |
| D6610* | Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, dos superficies..... | \$ 410.00 |
| D6611* | Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, tres superficies o más..... | \$ 410.00 |
| D6612 | Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies..... | \$ 410.00 |
| D6613 | Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más..... | \$ 410.00 |

| | | |
|--------|--|-----------|
| D6614* | Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, dos superficies..... | \$ 410.00 |
| D6615* | Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, tres superficies o más..... | \$ 410.00 |
| D6624* | Retenedor - incrustación inlay de titanio..... | \$ 410.00 |
| D6634* | Retenedor - incrustación onlay de titanio..... | \$ 410.00 |
| D6710* | Corona de anclaje - compuesto indirecto a base de resina..... | \$ 410.00 |
| D6720* | Corona de anclaje - resina con metal muy noble..... | \$ 410.00 |
| D6721 | Corona de anclaje - resina con metal predominantemente básico..... | \$ 410.00 |
| D6722* | Corona de anclaje - resina con metal noble..... | \$ 410.00 |
| D6740* | Corona de anclaje - porcelana/cerámica..... | \$ 410.00 |
| D6780* | Corona de anclaje - 3/4 de metal muy noble fundido.. | \$ 410.00 |
| D6781 | Corona de anclaje - 3/4 de metal predominantemente básico fundido..... | \$ 410.00 |
| D6782* | Corona de anclaje - 3/4 de metal noble fundido..... | \$ 410.00 |
| D6783* | Corona de anclaje - 3/4 de porcelana/cerámica, dentadura postiza..... | \$ 410.00 |
| D6784 | Corona de anclaje - 3/4 de titanio y aleaciones de titanio..... | \$ 410.00 |

Servicios generales complementarios El afiliado paga

| | | |
|-------|--|-----------|
| D9215 | Anestesia local..... | sin cargo |
| D9222 | Administración de sedación profunda/anestesia general - primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento..... | \$ 102.00 |
| D9223 | Administración de sedación profunda/anestesia general - cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento..... | \$ 87.00 |
| D9230 | Administración de óxido nitroso..... | \$ 45.00 |
| D9239 | Administración de sedación moderada - intravenosa - primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento..... | \$ 102.00 |
| D9243 | Administración de sedación moderada - intravenosa - cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento..... | \$ 87.00 |
| D9450 | Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento..... | sin cargo |
| D9951 | Ajuste oclusal, limitado..... | \$ 45.00 |
| D9952 | Ajuste oclusal, completo..... | \$ 205.00 |

Blanqueamiento El afiliado paga

| | | |
|-------|--|-----------|
| D9972 | Blanqueado externo en consultorio, por arco..... | \$ 210.00 |
| D9975 | Blanqueado externo en casa, por arco..... | \$ 210.00 |

Ortodoncia El afiliado paga

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

Plan HumanaDental DHMO/prepagado HD215

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 tratamiento.
- Los procedimientos no enumerados podrían ser elegibles para un descuento de hasta un 25%. Los afiliados pueden comunicarse con su proveedor participante para determinar si se aplica algún descuento.
- 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 HumanaDental Insurance Company, CompBenefits Insurance Company, CompBenefits Dental, Inc. o The Dental Concern, 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 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): Ձանգահարե՛ք վերը նշված հեռախոսահամարով՝ անվճար լեզվական օգնություն ծառայություններ ստանալու համար:

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

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