Dominion National Select Plan 705x

NEW JERSEY

Siéntase bien al elegir un plan Dominion National Select Plan[1] ofrecido por Humana

El plan Dominion National Select Plan le brinda cobertura en cualquier circunstancia. Ya sea que solo necesite cuidado dental rutinario o un tratamiento dental inesperado, usted sabe qué esperar con Select Plan.

- Sin períodos de espera
- Sin máximos anuales

La buena salud comienza con una boca sana

Dé prioridad a las consultas dentales

Una de las primeras líneas de defensa en la salud general es el cuidado dental. Las limpiezas dentales regulares pueden ayudar a controlar problemas en el cuerpo, como enfermedad del corazón, diabetes y derrame cerebral.

Consejos para lograr una boca sana

- Utilice un cepillo de dientes de cerdas suaves e hilo dental a diario
- Elija una pasta dental con flúor
- Cepíllese los dientes durante al menos dos minutos dos veces al día
- Observe si aparecen signos de enfermedad periodontal, como encías enrojecidas, inflamadas o sensibles
- Vaya a un dentista regularmente para realizarse exámenes y limpiezas

[1]Plan de cuidado médico administrado con red exclusiva, copagos fijos para afiliados, sin límites anuales máximos en dólares, sin períodos de espera y sin deducibles. En Nueva Jersey, los Select Plan están disponibles únicamente en los condados de Camden, Cumberland y Gloucester.
[2]El reembolso por cuidado médico en casos de emergencia fuera del área requiere un recibo u otra prueba de pérdida.

DOMINION® NATIONAL

Utilice los beneficios de su Select Plan

Después de inscribirse en un plan y recibir su tarjeta de identificación, puede crear una cuenta en **DominionMembers.com** para acceder cómodamente a la información de su plan.

Debe elegir un dentista de cuidado primario antes o después de la inscripción. Encuentre una lista actualizada de dentistas en **DominionNational.com/find-a-dentist**. Después de la fecha de entrada en vigencia, llame al consultorio dental que haya elegido y programe una cita. Salvo que necesite cuidado de urgencia fuera del área, debe recibir tratamiento en el consultorio dental que haya elegido.[2]

Su dentista de cuidado primario le brindará todo su cuidado dental rutinario o lo referirá a un especialista participante si fuera necesario.

¿Preguntas?

Visite **DominionNational.com** o llame al **888-518-5338** de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6 p.m.

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

Dominion National Select Plan 705x

NEW JERSEY

El plan Dominion National Select Plan se centra 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.

Servicios de especialistas: Si los afiliados necesitan un especialista (es decir, endodoncista, cirujano oral, periodoncista), deben ser referidos por un dentista general participante. Visite **DominionNational.com** para encontrar un especialista participante.

Resumen de servicios

Las categorías de servicio marcadas con un solo asterisco (*) a continuación excluyen el costo de los metales nobles y preciosos. Se cobrará un cargo adicional si se utilizan estos materiales.

Si un procedimiento enumerado contiene (/), el primer cargo enumerado representa el copago para un dentista general. El segundo cargo enumerado representa el copago para a un especialista después del referido.

Citas		El afiliado paga
Recompensa por prevención: El suscriptor principal recibirá un pago de $20 de Dominion por cada familiar que reciba dos limpiezas durante el año calendario de un dentista participante de la red de Select Plan. Comuníquese con su administrador de beneficios para obtener detalles.		
D9439	Visita al consultorio	$10.00
D0120	Evaluación oral periódica - paciente habitual - 2 por año calendario (combinado con D0145)	$0.00
D0140	Evaluación oral limitada - enfocada en un problema - 1 por año calendario (combinado con D0160 y D0170)	$0.00
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de 3 años de edad y asesoramiento para el cuidador principal - 2 por año calendario (combinado con D0120)	$0.00
D0150	Evaluación oral integral - paciente nuevo o habitual - 1 por año calendario	$0.00
D0160	Evaluación oral detallada y exhaustiva - centrada en un problema, por informe - 1 por año calendario (combinado con D0140 y D0170)	$0.00
D0170	Reevaluación - límite - 1 por año calendario (combinado con D0140 y D0160)	$0.00
D0210	Serie completa de imágenes radiográficas - 1 cada 3 años (combinado con D0330)	$26.00
D0220	Intraoral - periapical, primera imagen radiográfica	$0.00
D0230	Intraoral - cada imagen radiográfica adicional	$0.00
D0240	Intraoral - imagen radiográfica oclusal	$0.00
D0250	Extraoral - imagen radiográfica de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación fija y detector	$0.00
D0260	Extraoral - imagen radiográfica dental posterior	$0.00
D0270	Radiografía de mordida - una sola imagen radiográfica - 2 por año calendario (combinado con D0272, D0273 y D0274)	$0.00
D0272	Radiografía de mordida - dos imágenes radiográficas - 2 por año calendario (combinado con D0270, D0273 y D0274)	$0.00
D0273	Radiografía de mordida - tres imágenes radiográficas - 2 por año calendario (combinado con D0270, D0272 y D0274)	$0.00
D0274	Radiografía de mordida - cuatro imágenes radiográficas - 2 por año calendario (combinado con D0270, D0272 y D0273)	$0.00
D0277	Radiografía de mordida vertical - 7 a 8 imágenes radiográficas	$0.00
D0330	Imagen radiográfica panorámica - 1 cada 3 años (combinado con D0210)	$30.00
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica 2D - adquisición, medición y análisis	$0.00
D0350	Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida de forma intraoral o extraoral	$0.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	$0.00
D0470	Moldes de diagnóstico	$0.00
D1110	Profilaxis - adultos - 2 por año calendario	$0.00
D1110	Profilaxis adicional - adultos (embarazadas o personas con diabetes) - 1 por año calendario	$40.00
D1120	Profilaxis - niños - 2 por año calendario	$0.00
D1203	Aplicación tópica de flúor - niños - 1 por año calendario	$0.00
D1204	Aplicación tópica de flúor - adultos - 1 por año calendario	$0.00
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor - 1 por año calendario	$0.00
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	$0.00
D1320	Asesoramiento sobre el tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	$0.00
D1330	Instrucciones para la higiene oral	$0.00
D1351	Sellador - por diente - 1 por diente de por vida. Hasta los 16 años de edad, limitado al 1° y 2° molar permanente (combinado con D1352)	$18.00
D1352	Restauración preventiva con resina en un paciente con riesgo de caries de moderado a alto - diente permanente - 1 por diente de por vida. Hasta los 16 años de edad, limitado al 1° y 2° molar permanente (combinado con D1351)	$18.00
D1510	Mantenedor de espacio - fijo, unilateral - por cuadrante	$136.00
D1515	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral	$184.00
D1520	Mantenedor de espacio - removible, unilateral - por cuadrante	$136.00
D1525	Mantenedor de espacio - removible - bilateral	$184.00
D1550	Recementado de mantenedor de espacio	$33.00
Odontología de restauración (empastes) (Empastes limitados a 1 por diente cada 2 años)		**El afiliado paga**
D2140	Amalgama - una superficie, primaria o permanente	$37.00

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

Dominion National Select Plan 705x

NEW JERSEY

D2150	Amalgama - dos superficies, primaria o permanente	$46.00
D2160	Amalgama - tres superficies, primaria o permanente	$58.00
D2161	Amalgama, cuatro superficies o más, primaria o permanente	$69.00
D2330	Compuesto a base de resina - una superficie, anterior	$64.00
D2331	Compuesto a base de resina - dos superficies, anterior	$76.00
D2332	Compuesto a base de resina - tres superficies, anterior	$90.00
D2335	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies o con ángulo incisal incluido (anterior)	$109.00
D2391	Composite a base de resina - una superficie, posterior	$68.00
D2392	Compuesto a base de resina - dos superficies, posterior	$80.00
D2393	Compuesto a base de resina - tres superficies, posterior	$93.00
D2394	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, posterior	$112.00
D2940	Restauración protectora	$37.00
D2951	Retención de pernos, por diente, además de la restauración	$22.00
D3110	Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	$28.00
D3120	Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final)	$28.00

Corona y puente* (Coronas limitadas a 1 por diente cada 7 años)		**El afiliado paga**
D2390	Corona de compuesto a base de resina - anterior	$175.00
D2510	Incrustación inlay metálica - una superficie	$390.00
D2520	Incrustación inlay metálica - dos superficies	$390.00
D2530	Incrustación inlay metálica - tres superficies o más	$407.00
D2542	Incrustación onlay metálica - dos superficies	$423.00
D2543	Incrustación onlay metálica - tres superficies	$511.00
D2544	Incrustación onlay metálica - cuatro superficies o más	$511.00
D2610	Porcelana/cerámica - una superficie	$410.00
D2620	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - dos superficies	$410.00
D2630	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - tres superficies o más	$427.00
D2642	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - dos superficies	$439.00
D2643	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - tres superficies	$459.00
D2644	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - cuatro superficies o más	$459.00
D2650	Incrustación inlay - compuesto a base de resina, una superficie	$425.00
D2651	Incrustación inlay - compuesto a base de resina, dos superficies	$425.00
D2652	Incrustación inlay - compuesto a base de resina, tres superficies o más	$425.00
D2662	Incrustación onlay - compuesto a base de resina, dos superficies	$429.00
D2663	Incrustación onlay - compuesto a base de resina, tres superficies	$429.00
D2664	Incrustación onlay - compuesto a base de resina, cuatro superficies o más	$429.00
D2710	Corona - compuesto a base de resina (indirecto)	$259.00
D2712	Corona - 3/4 de compuesto a base de resina (indirecto)	$450.00
D2720	Corona - resina con metal muy noble	$470.00
D2721	Corona - resina con metal predominantemente básico	$470.00
D2722	Corona - resina con metal noble	$470.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica	$531.00
D2750	Corona - porcelana fundida con metal muy noble	$495.00
D2751	Corona - porcelana fundida con metal predominantemente básico	$495.00
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble	$495.00
D2780	Corona - 3/4 de metal muy noble fundido	$457.00
D2781	Corona - 3/4 de metal predominantemente básico fundido	$457.00
D2782	Corona - 3/4 de metal noble fundido	$457.00
D2783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	$469.00
D2790	Corona - metal muy noble completamente fundido	$481.00
D2791	Corona - metal predominantemente básico completamente fundido	$481.00
D2792	Corona - metal noble completamente fundido	$481.00
D2910	Recementado o refijación de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla o restauración con cobertura parcial	$41.00
D2920	Recementado o refijación de corona	$41.00
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada - diente primario	$105.00
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada - diente permanente	$119.00
D2932	Corona prefabricada de resina	$135.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos cuando se requiera	$120.00
D2952	Poste y muñón además de la corona, de fabricación indirecta	$181.00
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	$148.00
D2955	Extracción del poste	$101.00
D2970	Corona provisional (diente fracturado)	$0.00
D2980	Reparación de corona debido a falla del material de restauración	$93.00

Prótesis (dentaduras) (Dentaduras postizas limitadas a 1 por diente cada 7 años)		**El afiliado paga**
D5110	Dentadura postiza completa - maxilar	$664.00
D5120	Dentadura postiza completa - mandibular	$664.00
D5130	Dentadura postiza inmediata - maxilar	$708.00
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular	$708.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$613.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$613.00

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

D5213	Dentadura postiza parcial maxilar - estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$722.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$722.00
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$722.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$722.00
D5281	Dentadura postiza parcial unilateral removible - metal fundido de una pieza	$397.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar	$35.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular	$35.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar	$35.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular	$35.00
D5510	Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa	$84.00
D5520	Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza completa (cada diente)	$84.00
D5610	Reparación de base de dentadura postiza de resina	$84.00
D5620	Reparación de marco fundido	$84.00
D5630	Reparación o reemplazo de materiales de retención/ ganchos rotos - por diente	$112.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente	$84.00
D5650	Adición de diente a dentadura postiza parcial existente	$84.00
D5660	Adición de gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente	$112.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal de fundición (maxilar)	$263.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal de fundición (mandibular)	$263.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa - 1 cada 24 meses	$253.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa - 1 cada 24 meses	$253.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar - 1 cada 24 meses	$253.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular - 1 cada 24 meses	$253.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo) - 1 cada 24 meses	$152.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo) - 1 cada 24 meses	$152.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo) - 1 cada 24 meses	$152.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo) - 1 cada 24 meses	$152.00
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto) - 1 cada 24 meses	$214.00
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto) - 1 cada 24 meses	$214.00
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto) - 1 cada 24 meses	$214.00
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto) - 1 cada 24 meses	$214.00
D5810	Dentadura postiza completa provisional (maxilar)	$333.00
D5811	Dentadura postiza completa provisional (mandibular)	$333.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$333.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$333.00
D5850	Acondicionamiento del tejido maxilar	$75.00
D5851	Acondicionamiento del tejido mandibular	$75.00
Puentes y puentes fijos* (Puentes limitados a 1 por diente cada 7 años)		**El afiliado paga**
D6210	Puente fijo - metal muy noble fundido	$481.00
D6211	Puente fijo - metal predominantemente básico fundido	$481.00
D6212	Puente fijo - metal noble fundido	$481.00
D6240	Puente fijo - porcelana fundida con metal muy noble	$495.00
D6241	Puente fijo - porcelana fundida con metal predominantemente básico	$495.00
D6242	Puente fijo - porcelana fundida con metal noble	$495.00
D6245	Puente fijo - porcelana/cerámica	$531.00
D6250	Puente fijo - resina con metal muy noble	$470.00
D6251	Puente fijo - resina con metal predominantemente básico	$470.00
D6252	Puente fijo - resina con metal noble	$470.00
D6545	Retenedor - metal fundido para prótesis fija adherida con resina	$233.00
D6548	Retenedor - porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina	$364.00
D6600	Retenedor - incrustación inlay de porcelana/ cerámica, dos superficies	$410.00
D6601	Retenedor - incrustación inlay de porcelana/ cerámica, tres superficies o más	$427.00
D6602	Retenedor - incrustación inlay de metal muy noble fundido, dos superficies	$390.00
D6603	Incrustación inlay de anclaje - metal muy noble fundido, tres superficies o más	$407.00
D6604	Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies	$390.00
D6605	Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	$407.00
D6606	Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, dos superficies	$390.00
D6607	Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, tres superficies o más	$407.00

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

D6608	Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, dos superficies	$439.00
D6609	Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, tres superficies o más	$459.00
D6610	Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, dos superficies	$423.00
D6611	Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, tres superficies o más	$511.00
D6612	Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies	$423.00
D6613	Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más	$511.00
D6614	Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, dos superficies	$423.00
D6615	Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, tres superficies o más	$511.00
D6720	Retenedor - corona de resina con metal muy noble	$470.00
D6721	Corona de anclaje - resina con metal predominantemente básico	$470.00
D6722	Retenedor - corona de resina con metal noble	$470.00
D6740	Retenedor - corona de porcelana/cerámica	$531.00
D6750	Retenedor - corona de porcelana fundida con metal muy noble	$495.00
D6751	Retenedor - corona de porcelana fundida con metal predominantemente básico	$495.00
D6752	Retenedor - corona de porcelana fundida con metal noble	$495.00
D6780	Retenedor - corona ¾ de metal muy noble fundido	$457.00
D6781	Retenedor - corona ¾ de metal predominantemente básico fundido	$457.00
D6782	Retenedor - corona ¾ de metal noble fundido	$457.00
D6783	Retenedor - corona ¾ de porcelana/cerámica	$469.00
D6790	Retenedor - corona completa de metal muy noble fundido	$481.00
D6791	Retenedor - corona completa de metal predominantemente básico fundido	$481.00
D6792	Retenedor - corona completa de metal noble fundido	$481.00
D6930	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija	$66.00
D6970	Poste y muñón, además de retenedor de dentadura postiza parcial fija	$180.00
D6972	Poste y núcleo prefabricados además del retenedor de prótesis parcial fija	$148.00
D6973	Ampliación de muñón para retenedor, incluye pernos	$119.00
D6975	Tapón - metal	$298.00
D6976	Cada poste adicional de fabricación indirecta - en el mismo diente	$119.00
D6977	Cada poste adicional prefabricado - en el mismo diente	$55.00
D6980	Reparación de dentaduras postizas parciales fijas, necesaria por falla del material de restauración	$157.00

Servicios generales complementarios		El afiliado paga
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) por dolor dental - procedimiento menor	$43.00
D9210	Anestesia local sin procedimientos operativos o quirúrgicos	$0.00
D9211	Anestesia por bloqueo regional	$0.00
D9212	Anestesia por bloqueo de división del nervio trigémino	$0.00
D9215	Anestesia local asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos	$0.00
D9220	Sedación profunda/anestesia general - primeros 30 min.	$205.00
D9221	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 min. adicionales	$103.00
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	$205.00
D9241	Sedación/analgesia intravenosa consciente - primeros 30 min.	$103.00
D9242	Sedación/analgesia intravenosa consciente - cada 15 min. adicionales	$37.00
D9310	Consulta - servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante	$42.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	$31.00
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas) - circunstancias inusuales, por informe	$43.00
D9990	Cita al consultorio incumplida	$50.00

Endodoncia[1]		El afiliado paga
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) - extracción de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	$81/$89
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	$87/$96
D3310	Tratamiento endodóntico - diente anterior (no incluye restauración final)	$325/$358
D3320	Tratamiento endodóntico - diente premolar (no incluye restauración final)	$395/$435
D3330	Tratamiento endodóntico - diente molar (no incluye restauración final)	$488/$537
D3333	Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente	$96/$106
D3346	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo - anterior - 1 por diente cada 2 años	$356/$392
D3347	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo - premolar - 1 por diente cada 2 años	$418/$460
D3348	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo - molar - 1 por diente cada 2 años	$527/$580
D3410	Apicectomía - anterior	$310/$341
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	$333/$366
D3425	Apicectomía - molar (primera raíz)	$379/$417
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$148/$163
D3430	Empaste retrógrado - por raíz	$113/$124
D3450	Amputación radicular, por raíz	$202/$222

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

Dominion National Select Plan 705x

NEW JERSEY

D3920	Hemisección (incluida la extracción de raíz), no se incluye el tratamiento de conducto	$202/$222
D3950	Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado	$125/$138
Periodoncia [1] (Cirugía periodontal, incluido el material asociado, cubierta 1 vez cada 36 meses por cuadrante o sitio quirúrgico)		**El afiliado paga**
D0180	Evaluación periodontal integral - paciente nuevo o habitual	$36/$40
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante	$265/$292
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante	$94/$103
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante	$324/$356
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante	$90/$99
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante	$485/$534
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre) - de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante	$360/$396
D4268	Procedimiento quirúrgico de revisión, por diente	$329/$362
D4274	Procedimiento de acuñamiento distal/mesial, un solo diente (no asociado con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	$308/$339
D4341	Alisado y raspado radicular periodontal - cuatro o más dientes por cuadrante - 1 por cuadrante cada 24 meses	$105/$116
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal - uno a tres dientes por cuadrante - 1 por cuadrante cada 24 meses	$57/$63
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación oral integral y diagnóstico en una consulta posterior - 1 de por vida	$77/$85
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente - 1 por diente para tres dientes por cuadrante o un total de 12 dientes para los cuatro cuadrantes cada 12 meses. Debe tener profundidades de bolsa de cinco (5) milímetros o más.	$90/$99
D4910	Mantenimiento periodontal - 2 por año calendario, dentro de los 24 meses siguientes al tratamiento periodontal definitivo.	$66/$73
D9940	Protector oclusal, por informe	$298/$328
D9950	Análisis oclusal - caso montado	$81/$89
D9951	Ajuste oclusal - limitado	$62/$68
D9952	Ajuste oclusal - completo	$255/$281
Cirugía oral[1]		**El afiliado paga**
D7111	Extracción, remanentes coronarios - diente primario	$45/$50
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o con pinzas)	$63/$69
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica	$127/$140
D7220	Extracción de diente impactado - tejido blando	$144/$158
D7230	Extracción de diente impactado - parcialmente osificado	$189/$208
D7240	Extracción de diente impactado - totalmente osificado	$227/$250
D7241	Extracción de diente impactado - completamente osificado, con complicaciones quirúrgicas inusuales	$181/$199
D7250	Extracción de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión)	$136/$150
D7270	Reimplante o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	$211/$232
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	$111/$122
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe	$41/$45
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$135/$149
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$135/$149
D7510	Incisión y drenaje de abscesos - tejido intraoral blando	$91/$100
D7960	Frenulectomía (también conocida como frenectomía o frenotomía) - procedimiento separado no relacionado con otro procedimiento	$256/$282
Ortodoncia		**El afiliado paga**
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes transitorios	$3,304.00
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adolescentes	$3,422.00
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adultos	$3,658.00
D8660	Exploración previa al tratamiento de ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo	$413.00
D8670	Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia	$118.00
D8680	Retención en ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedor[es])	$413.00
D8010 - D8050	Tratamiento de fase I	15% de descuento

[1]El cuidado de especialidad se brinda al copago listado, ya sea que lo realice un dentista general participante o un especialista del plan participante. Los referidos a un especialista del plan participante los debe realizar el dentista general participante del afiliado. Si el procedimiento enumerado contiene (/), el segundo cargo enumerado representa el copago para el especialista del plan participante después del referido. Consulte la Exclusión n.° 13 del plan.

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

Dominion National Select Plan 705x

NEW JERSEY

Exclusiones del plan

1. Servicios que están cubiertos por Medicare, compensación laboral, leyes de responsabilidad del empleador o la Ley de responsabilidad financiera de vehículos motorizados de Pennsylvania (solo para titulares de pólizas de Pennsylvania).
2. Servicios que, en opinión del dentista tratante, no son necesarios para la salud dental del paciente.
3. Odontología cosmética, electiva o estética, excepto cuando sea necesario debido a una lesión corporal accidental en dientes naturales sanos.
4. Cirugía oral que requiere la reparación de fracturas o dislocaciones.
5. Servicios con respecto a tumores malignos, quistes o neoplasmas, prognatismo hereditario, congénito, anodótico o mandibular o malformaciones del desarrollo cuando, en opinión del dentista participante, dichos servicios no deban realizarse en un consultorio dental.
6. Despacho de medicamentos.
7. Hospitalización por cualquier procedimiento dental.
8. Tratamiento requerido para afecciones que sean resultado de desastres graves, epidemias, guerras, actos de guerra, ya sea declarada o no declarada, o mientras esté en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier nación.
9. Reemplazo debido a la pérdida o el robo de una prótesis.
10. Procedimientos no enumerados como beneficios cubiertos por este plan.
11. Servicios obtenidos fuera del consultorio dental en el que esté inscrito y que no estén previamente autorizados por dicho consultorio o por Dominion Dental Services, Inc. (a excepción de servicios dentales en casos de emergencia fuera del área).
12. Servicios relacionados con el tratamiento de TMD (trastorno temporomandibular).
13. Servicios relacionados con procedimientos de tal grado de complejidad que normalmente no los realiza un dentista general participante. Los copagos anteriores no se aplican cuando los servicios son brindados por un especialista participante (a excepción de la ortodoncia). Los especialistas participantes, si están disponibles, han celebrado un acuerdo con Dominion Dental Services para brindar servicios dentales a los afiliados con una reducción del 25% de sus cargos usuales, habituales y razonables. En Delaware, los especialistas participantes ofrecerán una reducción de sus cargos usuales, habituales y razonables que variará entre especialistas.
14. Cirugía electiva, lo que incluye, entre otras cosas, la extracción de dientes impactados asintomáticos no patológicos.
15. El sistema Invisalign y aparatos de ortodoncia especializados similares no constituyen un beneficio cubierto. Los copagos del paciente se aplicarán a la parte de servicios rutinarios de aparatos de ortodoncia únicamente. Los costos adicionales incurridos serán responsabilidad del paciente.

Limitaciones del plan

1. Se cubren dos (2) evaluaciones por año calendario, incluido un máximo de una (1) evaluación integral.
2. Se cubre un (1) examen centrado en un problema por año calendario.
3. Se cubren dos (2) limpiezas dentales (profilaxis) por año calendario (se cubre una limpieza adicional durante el embarazo y para pacientes con diabetes).
4. Se cubre una (1) aplicación de flúor tópico o barniz de flúor por año calendario.
5. Se cubren dos (2) radiografías de mordida por año calendario.
6. Se cubre un (1) juego de radiografías orales completas o radiografía panorámica cada tres (3) años.
7. Se cubre un (1) sellador o restauración preventiva con base de resina por diente de por vida, hasta los 16 años (limitado al primer y segundo molar permanentes).
8. Se cubre el reemplazo de un empaste si se realiza más de dos (2) años después de la fecha de colocación original.
9. Se cubre el reemplazo de un puente, corona o dentadura postiza si se hace más de siete (7) años después de la fecha de colocación original.
10. Los cargos por corona y puente se aplican al tratamiento que involucra cinco unidades o menos cuando se presenta en un plan de tratamiento único. Las unidades adicionales de corona o puente, a partir de la sexta unidad, están disponibles a los cargos usuales, habituales y razonables del proveedor, menos el 25%.
11. Se cubren el revestimiento y el rebasado de dentaduras postizas una vez cada 24 meses.
12. Se cubre la repetición de tratamiento de conducto radicular si se realiza más de dos (2) años después del tratamiento original.
13. Se cubre el alisado o raspado radicular una vez cada 24 meses por cuadrante.
14. Se cubre el desbridamiento de la boca completa una vez de por vida.
15. El código de procedimiento D4381 se limita a un (1) beneficio por diente para tres dientes por cuadrante o un total de 12 dientes para los cuatro cuadrantes por doce (12) meses. Debe tener profundidades de cavidad de cinco (5) milímetros o más.
16. Se cubre la cirugía periodontal de cualquier tipo, incluido cualquier material asociado, una vez cada 36 meses por cuadrante o sitio quirúrgico.
17. Se cubre mantenimiento periodontal después de la terapia activa dos veces por año calendario, dentro de los 24 meses posteriores a la terapia periodontal definitiva.

Dominion Dental Services, Inc. considera válidos únicamente los códigos ADA CDT actuales.

Planes dentales Dominion National suscritos por Dominion Dental Services, Inc. (DDSI) y administrados por Humana Insurance Company.

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**.