



Matriz de divulgación de Resumen de beneficios dentales y cobertura (SDBC, por sus siglas en inglés)

Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la aseguradora: Humana

Tipo de póliza: PPO

Fecha de vigencia: A partir del 01/01/2025

Nombre del plan: Humana Family Dental PPO

Número de teléfono de la aseguradora: 866-822-6275 (TTY:711)

Sitio web de la aseguradora: espanol.Humana.com

ESTA MATRIZ ESTÁ DESTINADA A AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LO QUE PAGARÁ POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE LA PRIMA DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y CONTRATO DE SEGURO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y LAS LIMITACIONES. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DEL PLAN EN ESPAÑOL.HUMANA.COM O LLAME AL 866-537-0232 (TTY:711). ESTA MATRIZ NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS O PAGOS.

Parte II: DEDUCIBLES

| Deducible | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--------------------|---|---|
| Servicios dentales | Adultos (mayores de 20 años) \$50 por persona / \$100 por familia | Adultos (mayores de 20 años) \$50 por persona / \$100 por familia |
| | Pediátrico (menores de 19 años) \$75 por persona / \$150 por familia | Pediátrico (menores de 19 años) \$75 por persona / \$150 por familia |
| Ortodoncia | Adultos (mayores de 20 años) Sin cobertura | Adultos (mayores de 20 años) Sin cobertura |
| | Pediátrico (menores de 19 años) \$75 por persona / \$150 por familia | Pediátrico (menores de 19 años) \$75 por persona / \$150 por familia |

- **El deducible se aplica a todos los servicios excepto los Servicios Preventivos y de Diagnóstico.**
- Un **deducible** es la cantidad que usted debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año de la póliza antes de que la aseguradora comience a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de cuidado dental provistos por dentistas u otros proveedores de cuidado dental certificados que tienen un contrato con su aseguradora para tarifas de pago alternativas por servicios dentales.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de cuidado dental provistos por dentistas u otros proveedores de cuidado dental certificados que no tienen un contrato con su aseguradora para tarifas de pago alternativas.

Parte III: MÁXIMOS QUE PAGARÁ LA PÓLIZA

| Máximos | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|--|--|
| Máximo anual | Adultos (mayores de 20 años) \$1,500 Pediátrico (menores de 19 años) No hay un máximo anual | Adultos (mayores de 20 años) \$1,500 Pediátrico (menores de 19 años) No hay un máximo anual |
| Máximo de por vida o anual para ortodoncia | Adultos (mayores de 20 años) Sin cobertura Pediátrico (menores de 19 años) No hay un máximo anual | Adultos (mayores de 20 años) Sin cobertura Pediátrico (menores de 19 años) No hay un máximo anual |

- El **máximo anual** es la cantidad máxima en dólares que su plan pagará por el costo del cuidado dental dentro de un período específico, generalmente un período de 12 meses consecutivos o año calendario. No todos los servicios cuentan para el máximo anual.
- El **máximo de por vida** es la cantidad máxima en dólares que su plan que proporciona los beneficios dentales pagará durante la vida del afiliado. Los máximos de por vida suelen aplicarse a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

Parte IV: PERÍODOS DE ESPERA

Períodos de espera: un período de espera es la cantidad de tiempo que debe pasar antes de ser elegible para recibir beneficios o servicios para todos o determinados tratamientos dentales. **Su paquete de beneficios dentales tiene un período de espera de 6 meses para Servicios Importantes para Adultos (mayores de 20 años).** Los titulares de pólizas que brinden prueba de cobertura dental previa comparable pueden estar exentos de este período de espera.

Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ

Todos los costos de copagos y coseguro que se muestran en esta tabla se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno. Los procedimientos dentales comunes corresponden a una de las siguientes categorías aplicables: Preventivos y de diagnóstico, Básicos o Importantes. La columna Limitaciones y exclusiones de los beneficios incluye solo limitaciones y exclusiones comunes. Para obtener una lista completa, consulte el documento de divulgación completo al que se hace referencia en la columna Limitaciones y exclusiones de los beneficios.

| Procedimientos dentales comunes | Categoría | Dentro de la red | Fuera de la red | Limitaciones y exclusiones de los beneficios |
|---|--|---|---|---|
| <i>Examen oral</i> | Servicios Preventivos y de Diagnóstico | Adultos 0% sin deducible Pediátrico 0% sin deducible | Adultos 0% sin deducible Pediátrico 0% sin deducible | Límite de 1 cada 6 meses |
| <i>Radiografía de mordida</i> | Servicios Preventivos y de Diagnóstico | Adultos 0% sin deducible Pediátrico 0% sin deducible | Adultos 0% sin deducible Pediátrico 0% sin deducible | Límite de una vez por fecha de servicio para una sola imagen; límite de un juego cada 6 meses por proveedor para 2 a 4 imágenes |
| <i>Limpieza</i> | Servicios Preventivos y de Diagnóstico | Adultos 0% sin deducible Pediátrico 0% sin deducible | Adultos 0% sin deducible Pediátrico 0% sin deducible | Límite de 1 cada 6 meses |
| <i>Empaste</i> | Básico | Adultos 20% después del deducible Pediátrico 20% después del deducible | Adultos 30% después del deducible Pediátrico 30% después del deducible | Límite de 1 por diente permanente cada 12 meses, la resina compuesta está cubierta solo para los dientes delanteros |
| <i>Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta</i> | Importante | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | |
| <i>Conducto radicular</i> | Importante | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Adultos: Una vez por diente de por vida, período de espera de 6 meses Pediátrico: Una vez por diente de por vida |

| Procedimientos dentales comunes | Categoría | Dentro de la red | Fuera de la red | Limitaciones y exclusiones de los beneficios |
|---|------------------|---|---|---|
| <i>Alisado y raspado radicular</i> | Importante | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Adultos: Uno por cuadrante cada 24 meses, período de espera de 6 meses Pediátrico: Uno por cuadrante cada 24 meses (limitado a mayores de 13 años) |
| <i>Corona de cerámica</i> | Importante | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Límite de 1 por diente permanente cada 5 años (mayores de 13 años). Período de espera para adultos de 6 meses. Para conocer las Limitaciones y Exclusiones, consulte la sección Servicios Cubiertos; Servicios de Restauración Importantes de su Certificado de Cobertura. |
| <i>Dentadura postiza parcial removible</i> | Importante | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Límite de una vez cada 5 años. Período de espera para adultos de 6 meses. |
| <i>Extracción, diente erupcionado con extracción de hueso</i> | Importante | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | Adultos 50% después del deducible Pediátrico 50% después del deducible | |
| <i>Ortodoncia</i> | Ortodoncia | Adultos Sin cobertura Pediátrico 50% después del deducible | Adultos Sin cobertura Pediátrico 50% después del deducible | Adultos: Sin cobertura Pediátrico: Para conocer las Limitaciones y Exclusiones, consulte la sección Servicios Cubiertos; Ortodoncia de su Certificado de Cobertura. |

Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UNA ESTIMACIÓN DE COSTOS NI UNA GARANTÍA DE PAGO. Los ejemplos proporcionados representan servicios que se utilizan comúnmente en las categorías de servicios de Diagnóstico y preventivos, Básicos e Importantes con fines ilustrativos y para comparar este producto con otros productos dentales que usted pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales sean diferentes de los que se muestran en la tabla a continuación, según el cuidado real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en el resumen de los servicios excluidos según el plan.

| Dana tiene una cita dental con un nuevo dentista | Sam necesita un empaste dental | María necesita una corona |
|---|--|---|
| Examen de paciente nuevo, radiografías (FMX) y limpieza | Composite a base de resina – una superficie, posterior | Corona – sustrato de porcelana/cerámica |

| Consulta de Dana | Costo de Dana | Consulta de Sam | Costo de Sam | Consulta de María | Costo de María |
|--|---|--|---|--|---|
| Costo total del cuidado | Dentro de la red: \$232.48 Fuera de la red: \$257.42 | Costo total del cuidado | Dentro de la red: \$164.36 Fuera de la red: \$273.28 | Costo total del cuidado | Dentro de la red: \$1,054.89 Fuera de la red: \$1,433.21 |
| Deducible | Dentro de la red: \$50 Fuera de la red: \$50 | Deducible | Dentro de la red: \$75 Fuera de la red: \$75 | Deducible | Dentro de la red: \$50 Fuera de la red: \$50 |
| Máximo anual (el plan pagará) | Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: \$1,500 | Máximo anual (el plan pagará) | No corresponde | Máximo anual (el plan pagará) | Dentro de la red: \$1,500 Fuera de la red: \$1,500 |
| Costo para el paciente (copago o coseguro) | Dentro de la red: 0% Fuera de la red: 0% | Costo para el paciente (copago o coseguro) | Dentro de la red: 20% Fuera de la red: 30% | Costo para el paciente (copago o coseguro) | Dentro de la red: 50% Fuera de la red: 50% |

| Consulta de Dana | Costo de Dana | Consulta de Sam | Costo de Sam | Consulta de María | Costo de María |
|---|---|--|--|--|---|
| En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde): | Dentro de la red: \$0.00 Fuera de la red: \$0.00 | En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde): | Dentro de la red: \$92.87 Fuera de la red: \$134.48 | En este ejemplo, María pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde): | Dentro de la red: \$552.44 Fuera de la red: \$741.61 |
| Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a limitación: | Radiografías una vez cada 6 meses, examen/limpieza una vez cada 6 meses | Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a limitación: | Un servicio por diente por año calendario | Resumen de lo que no está cubierto o sujeto a limitación: | Una corona por diente cada 5 años |