Plan HumanaDental DHMO 350 CS

Texas

Utilice sus beneficios de HumanaDental

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

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

Sepa qué cubre su plan

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

- Usted tiene la libertad de seleccionar a cualquier dentista participante. Para seleccionar a un proveedor dental de nuestra red, simplemente visite **espanol.humana.com**. Una vez ahí, también puede revisar sus beneficios, enviarnos un correo electrónico y obtener una tarjeta de identificación nueva o temporal. Si lo prefiere, contáctenos al 1-800-979-4760.
- ¡Se acabaron los formularios de reclamación! Con el plan HumanaDental DHMO usted le paga directamente a su dentista, cuando corresponda.
- Su dentista de cuidado primario proveerá todo su cuidado dental de rutina y usted pagará cualquier copago o cargos con descuento en el momento del servicio. Los copagos se aplican para un dentista general participante o para un dentista especialista participante.

Elija los beneficios de HumanaDental

Manténgase sano

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

¿Tiene alguna pregunta?

Visite espanol.humana.com

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

Plan HumanaDental DHMO 350 CS

Los planes HumanaDental DHMO se enfocan en el mantenimiento de la salud oral, la prevención y la limitación de costos. Los afiliados pueden consultar a un dentista de cuidado primario con la frecuencia que sea necesaria. No existen máximos anuales, no se deben alcanzar deducibles y no hay períodos de espera. Los copagos de los planes CS se aplican para un dentista general participante o para un dentista especialista participante.

Un dentista de cuidado primario (PCD, por sus siglas en inglés) puede decidir que usted necesita consultar a un especialista participante. No es necesario un referido para consultar a un dentista especialista participante.

Servicios de especialistas: si necesita un especialista (es decir, endodoncista, cirujano oral, periodoncista, odontólogo pediátrico), el dentista general participante puede referirle a un especialista participante, o usted puede referirse a sí mismo a uno de ellos. Visite **espanol.humana.com** para encontrar un especialista participante.

Resumen de servicios

Citas en el consultorio		**El afiliado paga**
D9310	Consulta (los servicios de diagnóstico proporcionados por un dentista que no sea el profesional médico que provee el tratamiento)	$ 25.00
D9430	Visita al consultorio (horario normal)	$ 10.00
D9440	Visita al consultorio (después del horario regular programado)	$ 35.00
D9999	Consulta de emergencia durante el horario regular programado, por informe	$ 20.00
D9999	Citas incumplidas (sin aviso de 24 horas, por 15 minutos) Máximo de $40 por cita incumplida. No se cobrarán cargos debido a una emergencia	$ 10.00

Servicios de diagnóstico		**El afiliado paga**
D0120	Evaluación oral periódica	sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva.	sin cargo
D0150	Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva.	sin cargo
D0160	Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva	sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral	$ 20.00
D0210	Radiografía intraoral—serie completa incluidas radiografías de mordida	sin cargo
D0220	Radiografía intraoral—periapical, primera imagen radiográfica	sin cargo
D0230	Radiografía intraoral—periapical, cada imagen radiográfica adicional.	sin cargo
D0270	Radiografía de mordida—una sola imagen radiográfica	sin cargo
D0272	Radiografías de mordida—dos imágenes radiográficas	sin cargo
D0274	Radiografías de mordida—cuatro imágenes radiográficas	sin cargo
D0330	Imagen radiográfica panorámica	sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	sin cargo
D0470	Modelos de estudio	sin cargo

Servicios preventivos		**El afiliado paga**
D1110	Profilaxis—adulto, rutina (una vez cada 6 meses)	sin cargo
D1120	Profilaxis—niño, rutina (una vez cada 6 meses)	sin cargo
D1110	Profilaxis—adulto/niño, (adicional)	$ 30.00
D1120	Profilaxis—adulto/niño, (adicional)	$ 30.00
D1201	Aplicación tópica de flúor (incluida profilaxis) en niños (hasta los 16 años)	sin cargo
D1203	Aplicación tópica de flúor (sin incluir profilaxis) en niños (hasta los 16 años)	sin cargo
D1330	Instrucciones para la higiene oral	sin cargo
D1351	Sellador, por diente	$ 15.00
D1510	Mantenedor de espacio—unilateral fijo	$ 60.00+lab
D1515	Mantenedor de espacio—bilateral fijo	$ 60.00+lab
D1520	Mantenedor de espacio—unilateral removible	$ 100.00+lab
D1525	Mantenedor de espacio—bilateral removible	$ 100.00+lab
D1550	Recementado de mantenedor de espacio	$ 15.00

Trabajos de restauración		**El afiliado paga**
D2140	Amalgama—una superficie, primaria o permanente	$ 25.00
D2150	Amalgama—dos superficies, primarias o permanentes	$ 30.00
D2160	Amalgama—tres superficies, primarias o permanentes	$ 35.00
D2161	Amalgama—cuatro o más superficies, primarias o permanentes	$ 45.00
D2940	Empaste con sedante	$ 25.00
D2999	Base con sedante (bajo empastes), según informe.	sin cargo

Restauración con resina		**El afiliado paga**
D2330	Composite a base de resina—una superficie, anterior	$ 45.00
D2331	Composite a base de resina—dos superficies, anteriores	$ 50.00
D2332	Composite a base de resina—tres superficies, anteriores	$ 60.00
D2391	Composite a base de resina—una superficie, posterior	$ 80.00
D2392	Composite a base de resina—dos superficies, posteriores	$100.00
D2393	Composite a base de resina—tres superficies, posteriores	$ 120.00
D2394	Composite a base de resina—cuatro o más superficies, posteriores	$ 140.00
D2510	Inlay—de metal, una superficie	$135.00
D2520	Inlay—de metal, dos superficies	$ 145.00
D2530	Inlay—de metal, tres o más superficies	$ 170.00

Corona y puente		**El afiliado paga**
D2740	Corona—porcelana/cerámica	$340.00+lab.
D2750*	Corona—porcelana fundida con metal muy noble	$ 340.00

D2751	Corona—porcelana fundida con metal principalmente básico	$ 340.00
D2752*	Corona—porcelana fundida con metal noble	$ 340.00
D2790*	Corona—moldeada completa de metal muy noble	$ 340.00
D2791	Corona—moldeada completa de metal predominantemente básico	$ 340.00
D2792*	Corona—moldeada completa de metal noble	$ 340.00
D2910	Recementado de inlay	$ 25.00
D2920	Recementado de corona	$ 25.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable—diente primario	$ 105.00
D2950	Ampliación de muñón, incluidos los pernos	$ 55.00
D2951	Retención de postes—por diente	$ 25.00
D2952	Poste y muñón moldeados, además de la corona	$ 110.00+lab.
D2953	Cada poste moldeado adicional—mismo diente	$ 110.00+lab.
D2954	Poste y muñón prefabricado, además de la corona	$ 110.00
D2962	Carilla labial (laminado de porcelana)—laboratorio	$ 340.00+lab.

Prostodoncia (fija)		**El afiliado paga**
D6210*	Puente fijo—moldeado de metal muy noble	$ 340.00
D6211	Puente fijo—moldeado de metal predominantemente básico	$ 340.00
D6212*	Puente fijo—moldeado de metal noble	$ 340.00
D6240*	Puente fijo—porcelana fundida con metal muy noble	$ 340.00
D6241	Puente fijo—porcelana fundida con metal predominantemente básico	$ 340.00
D6242*	Puente fijo—porcelana fundida con metal noble	$ 340.00
D6750*	Corona—porcelana fundida con metal muy noble	$ 340.00
D6751	Corona—porcelana fundida con metal predominantemente básico	$ 340.00
D6752*	Corona—porcelana fundida con metal noble	$ 340.00
D6790*	Corona—moldeada completa de metal muy noble	$ 340.00
D6791	Corona—moldeada completa de metal predominantemente básico	$ 340.00
D6792*	Corona—moldeada completa de metal noble	$ 340.00
D6930	Recementado de dentadura parcial fija (por unidad)	$ 20.00

Endodoncia		**El afiliado paga**
D3220	Pulpotomía terapéutica	$ 45.00
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	$ 125.00
D3310	Terapia del conducto radicular—anterior (no incluye restauración final)	$ 200.00
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauraciones finales)	$ 300.00
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauraciones finales)	$ 350.00
D3410	Apicectomía/cirugía perirradicular—anterior	$ 175.00

Periodoncia (tratamiento para las encías)		**El afiliado paga**
D4210	Gingivectomía/gingivoplastia, 4 dientes o más por cuadrante	$ 175.00
D4211	Gingivectomía/gingivoplastia, 1 a 3 dientes por cuadrante	$ 50.00
D4260	Cirugía ósea, 4 dientes o más por cuadrante	$ 400.00
D4261	Cirugía ósea, 1 a 3 dientes por cuadrante	$ 400.00
D4271	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (cirugía del sitio donante incluida)	$ 275.00
D4341	Alisado y raspado radicular periodontal, 4 dientes o más, por cuadrante	$ 60.00
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal, 1 a 3 dientes por cuadrante	$ 60.00
D4355	Desbridamiento de la boca completa para hacer un diagnóstico y una evaluación completa	$ 55.00
D4381	Administración localizada de agentes quimioterapéuticos (por diente)	$ 55.00
D4910	Mantenimiento periodontal	$ 60.00

Prostodoncia		**El afiliado paga**
D5110	Dentadura postiza completa—maxilar	$ 350.00+lab.
D5120	Dentadura postiza completa—mandibular	$ 350.00+lab.
D5130	Prótesis inmediata—maxilar	$ 350.00+lab.
D5140	Prótesis inmediata—mandibular	$ 350.00+lab.
D5211	Prótesis parcial maxilar—base de resina	$ 350.00+lab.
D5212	Prótesis parcial mandibular—base de resina	$ 350.00+lab.
D5213	Prótesis parcial maxilar—estructura moldeada de metal, bases de dentadura postiza de resina	$ 350.00+lab.
D5214	Prótesis parcial mandibular—estructura moldeada de metal, bases de dentadura postiza de resina	$ 350.00+lab.
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa—maxilar	$ 25.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa—mandibular	$ 25.00
D5421	Ajuste de prótesis parcial—maxilar	$ 25.00
D5422	Ajuste de prótesis parcial—mandibular	$ 25.00

Reparaciones de prótesis		**El afiliado paga**
D5510	Reparación de base de dentadura postiza completa rota	$ 25.00+lab.
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos—dentadura postiza completa (cada diente)	$ 25.00+lab.
D5610	Reparación de base de dentadura postiza de resina	$ 25.00+lab.
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto—por diente	$ 25.00+lab.
D5640	Reemplazo de dientes rotos—por diente	$ 25.00+lab.
D5650	Añadir diente a prótesis parcial existente	$ 40.00+lab.
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (consultorio)	$ 60.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (consultorio)	$ 60.00
D5740	Revestimiento de prótesis parcial maxilar (consultorio)	$ 60.00
D5741	Revestimiento de prótesis parcial mandibular (consultorio)	$ 60.00
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (laboratorio)	$ 45.00+lab.
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)	$ 45.00+lab.
D5760	Revestimiento de prótesis parcial maxilar (laboratorio)	$ 45.00+lab.
D5761	Revestimiento de prótesis parcial mandibular (laboratorio)	$ 45.00+lab.
D5850	Acondicionamiento del tejido—maxilar	$ 40.00
D5851	Acondicionamiento del tejido—mandibular	$ 40.00

Extracciones/cirugía oral y maxilofacial		**El afiliado paga**
D7111	Extracción, restos coronarios – diente primario	$ 30.00

D7140	Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta	$ 30.00
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado	$ 50.00
D7220	Extracción de diente impactado—tejido blando	$ 80.00
D7230	Extracción de diente impactado—parcialmente osificado	$ 100.00
D7240	Extracción de diente impactado—completamente osificado	$ 120.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales de diente	$ 55.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones—por cuadrante	$ 55.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones—uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$ 55.00
D7320	Alveoloplastia aparte de extracciones—por cuadrante	$ 90.00
D7321	Alveoloplastia aparte de extracciones—uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$ 90.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso—intraoral	$ 35.00

Anestesia		**El afiliado paga**
D9215	Anestesia local	sin cargo
D9230	Analgesia (óxido nitroso), por cada 15 minutos	$ 25.00

Servicios generales adjuntos		**El afiliado paga**
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) por dolor dental—procedimiento menor	$ 25.00
D9450	Presentación de caso, planificación detallada y exhaustiva del tratamiento	sin cargo
D9951	Ajuste oclusal—limitado	$ 35.00
D9952	Ajuste oclusal—completo	$ 200.00

Ortodoncia **El afiliado paga**

TENGA EN CUENTA: los servicios de ortodoncia solo se aplican a la serie CS. La cobertura de ortodoncia es opcional con los planes C para grupos de 10 afiliados o más. Si usted no elige la cobertura de ortodoncia, puede recibir un descuento de un 25 por ciento si visita a ciertos ortodoncistas de la red. Visite **espanol.humana.com** para encontrar un ortodoncista participante que provea un descuento en los servicios ortodónticos no cubiertos.

D8070	Tratamiento integral de ortodoncia de dentición de transición/adolescente; niños y adolescentes hasta los 19 años de edad; hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia de rutina para casos de Clase I y Clase II	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$ 35.00
	Registros/planificación de tratamiento	$ 250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$ 2,300.00
D8080	Tratamiento integral de ortodoncia de dentición de transición/adolescente; niños y adolescentes hasta los 19 años de edad; hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia de rutina para casos de Clase I y Clase II	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$ 35.00
	Registros/planificación de tratamiento	$ 250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$ 2,300.00
D8090	Tratamiento integral de ortodoncia de dentición de adulto; adultos desde los 19 años de edad; hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia de rutina para casos de Clase I y Clase II	
	Consulta	sin cargo
	Evaluación	$ 35.00
	Registros/planificación de tratamiento	$ 250.00
	Tratamiento de ortodoncia	$ 2,500.00
D8680	Retención	$ 450.00

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

Tenga en cuenta:

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

Ofrecido por DentiCare, Inc. (d/b/a CompBenefits).

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**.