

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 600 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 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 (servicios de diagnóstico proporcionados por un dentista que no sea el profesional médico que provee el tratamiento).....	sin cargo
D9430	Visita al consultorio (horario normal)	\$ 5.00
D9440	Visita al consultorio (después del horario regular programado)	\$ 35.00

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	sin cargo
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
D0240	Radiografía oclusal intraoral	sin cargo
D0250	Radiografía extraoral, primera película	sin cargo
D0260	Radiografía extraoral, cada película 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
D0415	Estudios bacteriológicos para la determinación de agentes patógenos	sin cargo
D0425	Prueba de propensión a las caries	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
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	\$ 8.00
D1510	Mantenedor de espacio—unilateral fijo	\$ 50.00+lab. ^Δ
D1515	Mantenedor de espacio—bilateral fijo	\$ 60.00+lab. ^Δ
D1520	Mantenedor de espacio—unilateral removible	\$ 60.00+lab. ^Δ
D1525	Mantenedor de espacio—bilateral removible	\$ 75.00+lab. ^Δ
D1550	Recementado o refijación de mantenedor de espacio	\$ 15.00

Trabajos de restauración

El afiliado paga

D2140	Amalgama—una superficie, primaria o permanente	\$ 10.00
D2150	Amalgama—dos superficies, primarias o permanentes	\$ 15.00
D2160	Amalgama—tres superficies, primarias o permanentes	\$ 20.00
D2161	Amalgama—cuatro o más superficies, primarias o permanentes	\$ 25.00
D2940	Empaste con sedante	\$ 5.00

Restauración con resina

El afiliado paga

D2330	Composite a base de resina—una superficie, anterior	\$ 20.00
D2331	Composite a base de resina—dos superficies, anteriores	\$ 30.00
D2332	Composite a base de resina—tres superficies, anteriores	\$ 40.00
D2335	Composite a base de resina—cuatro o más superficies o con ángulo incisal incluido (anteriores)	\$ 45.00
D2391	Composite a base de resina—una superficie, posterior	\$ 40.00
D2392	Composite a base de resina—dos superficies, posteriores	\$ 55.00
D2393	Composite a base de resina—tres superficies, posteriores	\$ 70.00
D2394	Composite a base de resina—cuatro o más superficies, posteriores	\$ 70.00
D2510	Inlay—de metal, una superficie	\$ 85.00
D2520	Inlay—de metal, dos superficies	\$ 95.00
D2530	Inlay—de metal, tres o más superficies	\$ 105.00
D2610	Inlay—porcelana/cerámica, una superficie.....	\$190.00+lab. ^Δ
D2620	Inlay—porcelana/cerámica, dos superficies.....	\$190.00+lab. ^Δ
D2630	Inlay—porcelana/cerámica, tres o más superficies....	\$190.00+lab. ^Δ

Corona y puente	El afiliado paga
D2740 Corona—porcelana/cerámica	\$230.00+lab. ^Δ
D2750* Corona—porcelana fundida con metal muy noble	\$ 230.00
D2751 Corona—porcelana fundida con metal principalmente básico	\$ 230.00
D2752* Corona—porcelana fundida con metal noble	\$ 230.00
D2790* Corona—moldeada completa de metal muy noble	\$ 230.00
D2791 Corona—moldeada completa de metal predominantemente básico	\$ 230.00
D2792* Corona—moldeada completa de metal noble	\$ 230.00
D2910 Recementado o refijación de inlay, incrustación, carilla o restauración con cobertura parcial	\$ 15.00
D2920 Recementado o refijación de corona	\$ 15.00
D2930 Corona prefabricada de acero inoxidable—diente primario	\$ 55.00
D2931 Corona prefabricada de acero inoxidable—diente permanente	\$ 35.00
D2950 Ampliación de muñón, incluidos los pernos	\$ 50.00
D2951 Retención de postes—por diente, además de la restauración	\$ 15.00
D2952 Poste y muñón moldeados, además de la corona	\$ 75.00+lab. ^Δ
D2953 Cada poste moldeado adicional—mismo diente	\$ 75.00+lab. ^Δ
D2954 Poste y muñón prefabricado, además de la corona	\$ 75.00
D2960 Carilla labial (laminado de resina)—en consultorio	\$ 200.00
D2962 Carilla labial (laminado de porcelana)—laboratorio	\$ 315.00+lab. ^Δ
D9972 Blanqueado externo—por arco	\$ 145.00

Prostodoncia (fija)	El afiliado paga
D6210* Puente fijo—moldeado de metal muy noble	\$ 230.00
D6211 Puente fijo—moldeado de metal predominantemente básico	\$ 230.00
D6212* Puente fijo—moldeado de metal noble	\$ 230.00
D6240* Puente fijo—porcelana fundida con metal muy noble	\$ 230.00
D6241 Puente fijo—porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$ 230.00
D6242* Puente fijo—porcelana fundida con metal noble	\$ 230.00
D6750* Corona de anclaje—porcelana fundida con metal muy noble	\$ 230.00
D6751 Corona de anclaje—porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$ 230.00
D6752* Corona de anclaje—porcelana fundida con metal noble	\$ 230.00
D6930 Recementado o refijación de dentadura parcial fija	\$ 15.00
D6940 Rompefuerza	\$ 125.00+lab. ^Δ
D6950 Aditamento de precisión	\$ 150.00+lab. ^Δ

Endodoncia	El afiliado paga
D3110 Recubrimiento pulpar—directo (no incluye restauración final)	sin cargo
D3120 Recubrimiento pulpar—indirecto (no incluye restauración final)	sin cargo
D3220 Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final)	\$ 20.00
D3221 Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$ 50.00

D3310 Terapia del conducto radicular—anterior (no incluye restauración final)	\$ 100.00
D3320 Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauraciones finales)	\$ 145.00
D3330 Terapia endodóntica, molar (no incluye restauraciones finales)	\$ 175.00
D3351 Apexificación/recalcificación—consulta inicial	\$ 30.00
D3352 Apexificación/recalcificación—reemplazo de medicamento provisional	\$ 30.00
D3353 Apexificación/recalcificación—consulta final	\$ 30.00
D3410 Apicectomía/cirugía perirradicular—anterior	\$ 125.00
D3421 Apicectomía/cirugía perirradicular—bicúspide (primera raíz)	\$ 170.00
D3425 Apicectomía/cirugía perirradicular—molar (primera raíz)	\$ 180.00
D3426 Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	\$ 125.00
D3430 Empaste retrógrado—por raíz	\$ 40.00
D3450 Amputación de raíz—por raíz	\$ 70.00
D3920 Hemisección (incluida la extracción de la raíz), no se incluye terapia del conducto radicular	\$ 75.00
D3950 Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado	sin cargo

Periodoncia (tratamiento para las encías)	El afiliado paga
D4210 Gingivectomía/gingivoplastia, 4 dientes o más por cuadrante	\$ 120.00
D4211 Gingivectomía/gingivoplastia, 1 a 3 dientes por cuadrante	\$ 30.00
D4260 Cirugía ósea, 4 dientes o más por cuadrante	\$ 300.00
D4261 Cirugía ósea, 1 a 3 dientes por cuadrante	\$ 300.00
D4320 Ferulización provisional—intracoronaria	\$ 60.00
D4321 Ferulización provisional—extracoronaria	\$ 50.00
D4341 Alisado y raspado radicular periodontal, por cuadrante	\$ 40.00
D4342 Alisado y raspado radicular periodontal, 1 a 3 dientes por cuadrante	\$ 40.00
D4355 Desbridamiento de la boca completa para hacer un diagnóstico y una evaluación completa	\$ 30.00
D4910 Mantenimiento periodontal	\$ 30.00

Prostodoncia	El afiliado paga
D5110 Dentadura postiza completa—maxilar	\$ 290.00+lab. ^Δ
D5120 Dentadura postiza completa—mandibular	\$ 290.00+lab. ^Δ
D5130 Prótesis inmediata—maxilar	\$ 325.00+lab. ^Δ
D5140 Prótesis inmediata—mandibular	\$ 325.00+lab. ^Δ
D5211 [^] Prótesis parcial maxilar—base de resina	\$ 290.00+lab. ^Δ
D5212 [^] Prótesis parcial mandibular—base de resina	\$ 290.00+lab. ^Δ
D5213 [^] Prótesis parcial maxilar—estructura moldeada de metal, bases de dentadura postiza de resina	\$ 325.00+lab. ^Δ
D5214 [^] Prótesis parcial mandibular—estructura moldeada de metal, bases de dentadura postiza de resina	\$ 325.00+lab. ^Δ
D5410 Ajuste de dentadura postiza completa—maxilar	\$ 10.00
D5411 Ajuste de dentadura postiza completa—mandibular	\$ 10.00
D5421 Ajuste de prótesis parcial—maxilar	\$ 10.00
D5422 Ajuste de prótesis parcial—mandibular	\$ 10.00

Reparaciones de prótesis El afiliado paga

D5510	Reparación de base de dentadura postiza completa rota	\$ 30.00+lab. ^Δ
D5610	Reparación de base de dentadura postiza de resina	\$ 30.00+lab. ^Δ
D5620	Reparación de estructura fundida	\$ 30.00+lab. ^Δ
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto—por diente	\$ 30.00+lab. ^Δ
D5640	Reemplazo de dientes rotos—por diente	\$ 30.00+lab. ^Δ
D5650	Añadir diente a prótesis parcial existente	\$ 30.00+lab. ^Δ
D5650	Añadir gancho a prótesis parcial existente	\$ 30.00+lab. ^Δ
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	\$ 90.00+lab. ^Δ
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	\$ 90.00+lab. ^Δ
D5720	Rebasado de prótesis parcial maxilar	\$ 90.00+lab. ^Δ
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular	\$ 90.00+lab. ^Δ
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)	\$ 80.00+lab. ^Δ
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)	\$ 80.00+lab. ^Δ
D5760	Revestimiento de prótesis parcial maxilar (laboratorio)	\$ 75.00+lab. ^Δ
D5761	Revestimiento de prótesis parcial mandibular (laboratorio)	\$ 75.00+lab. ^Δ
D5850	Acondicionamiento del tejido—maxilar	\$ 25.00
D5851	Acondicionamiento del tejido—mandibular	\$ 25.00

Extracciones/cirugía oral y maxilofacial El afiliado paga

D7111	Extracción, restos coronarios—diente primario	\$ 10.00
D7140	Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta	\$ 10.00
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado	\$ 30.00
D7220	Extracción de diente impactado—tejido blando	\$ 40.00
D7230	Extracción de diente impactado—parcialmente osificado	\$ 60.00
D7240	Extracción de diente impactado—completamente osificado	\$ 70.00
D7241	Extracción de diente impactado—totalmente osificado, con complicaciones quirúrgicas poco comunes	\$ 80.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales de diente	\$ 30.00
D7281	Exposición quirúrgica de diente impactado o no erupcionado	\$ 50.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones—por cuadrante	\$ 50.00

D7320	Alveoloplastia aparte de extracciones—por cuadrante	\$ 60.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso—intraoral	\$ 25.00
D7910	Sutura de pequeña herida reciente—de hasta 5 cm	sin cargo
D7960	Frenulectomía—procedimiento separado	\$ 40.00
D7970	Escisión de tejido hiperplástico—por arco	\$ 45.00

Servicios generales adjuntos El afiliado paga

D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) por dolor dental—procedimiento menor	\$ 20.00
D9210	Anestesia local—por separado de los procedimientos que requieren operación o cirugía	sin cargo
D9215	Anestesia local	sin cargo
D9230	Analgesia (óxido nitroso)	\$ 25.00
D9450	Presentación de caso, planificación detallada y exhaustiva del tratamiento	sin cargo
D9941	Fabricación de protector bucal deportivo	\$ 100.00
D9951	Ajuste oclusal—limitado	\$ 35.00
D9952	Ajuste oclusal—completo	\$ 175.00

Ortodoncia El afiliado paga

TENGA EN CUENTA: usted puede recibir un 25 por ciento de descuento si visita 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	\$1,800.00
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	\$1,800.00
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	\$2,100.00
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.

^AEl paciente será responsable de los cargos de laboratorio.

[^] Incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales.

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)

Humana[®]

espanol.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 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): Չանգահարեք 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.

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