Plan HumanaDental DHMO HS210

TEXAS

Siéntase bien al elegir un plan HumanaDental

El plan dental HumanaDental HS Series le brinda cobertura en cualquier circunstancia. Ya sea que usted solo necesite cuidado dental rutinario o un tratamiento dental inesperado, usted sabe qué esperar con HumanaDental.

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

Utilice sus beneficios de HumanaDental

Luego de inscribirse en un plan y recibir su tarjeta de identificación, puede manejar su información del plan en su página inicial personal en **espanol.humana.com**.

- Usted es libre de seleccionar a cualquier dentista general participante como su dentista de cuidado primario. Para seleccionar a un proveedor dental de nuestra red, simplemente visite **espanol.humana.com**. Allí también puede revisar sus beneficios, enviarnos correos electrónicos y obtener una tarjeta de identificación nueva o temporal. Si lo prefiere, comuníquese con nosotros al 1-800-342-5209.
- ¡Una vida sin formularios de reclamación! Con El plan HumanaDental DHMO usted le paga directamente a su dentista, cuando corresponda.
- Su dentista de cuidado primario proveerá todo su cuidado dental rutinario y usted pagará cualquier copago o cargos con descuento en el momento del servicio.

Una buena salud comienza con una boca sana

Dé prioridad a las consultas dentales

Una de las primeras líneas de defensa en la salud general es el cuidado dental. Las limpiezas dentales regulares pueden ayudar a controlar problemas en el cuerpo, como enfermedad del corazón, diabetes y derrame cerebral. El plan HumanaDental DHMO le permite cuidar mejor sus dientes y pagar menos al hacerlo.

Consejos para lograr una boca sana

- Utilice un cepillo dental de cerdas suaves
- Elija pasta dental con flúor
- Cepíllese durante al menos dos minutos, dos veces al día
- Use hilo dental todos los días
- Preste atención a los signos de enfermedad periodontal, tales como enrojecimiento, hinchazón o sensibilidad de las encías
- Consulte a un dentista regularmente para exámenes y limpiezas

¿Tiene alguna pregunta?

Visite **espanol.humana.com**

Llame al **1-800-233-4013**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. (TDD: **1-800-325-2025**).

Para ver las exclusiones y limitaciones, consulte la Guía de información técnica y regulatoria de beneficios de especialidad, disponible en **Disclosure.Humana.com**.

Plan HumanaDental DHMO HS210

TEXAS

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 tanta frecuencia como sea necesario. No existen máximos anuales, no se deben alcanzar deducibles y no hay períodos de espera. Los copagos de los planes HS para los procedimientos detallados se aplican para un dentista general participante o para un dentista especialista participante.

Los costos de los afiliados enumerados aquí son por los servicios provistos solamente por un dentista de cuidado primario (PCD, por sus siglas en inglés) participante elegido. Un PCD puede decidir que un afiliado necesita consultar a un especialista dental contratado. No es necesario un referido para consultar a un especialista de la red.

Servicios de especialistas: Si un afiliado necesita servicios de especialistas (por ejemplo, un endodoncista, cirujano oral, periodoncista, dentista pediátrico), su dentista general participante lo puede referir, o el afiliado puede referirse a sí mismo a cualquier especialista participante. Visite **espanol.humana.com** para encontrar un especialista participante.

Resumen de servicios

Los servicios marcados con un solo asterisco (*) a continuación también requieren pago separado de cargos de laboratorio. Los cargos de laboratorio deben pagarse al dentista del plan, además de cualquier copago por servicio aplicable.

Citas en el consultorio		El afiliado paga
D9310	Consulta (servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista que no sea el profesional médico que provee el tratamiento)	$ 25.00
D9430	Consulta médica (horario normal)	$ 10.00
D9440	Consulta médica (después del horario regular programado)	$ 45.00
D9986	Cita incumplida	$ 10.00
D9987	Cita cancelada	$ 10.00
D9999	Consulta de emergencia durante el horario regular programado, por informe	$ 20.00

Servicios de diagnóstico		El afiliado paga
D0120	Examen oral periódico (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva	sin cargo
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de tres años y asesoramiento con la persona encargada de su cuidado	sin cargo
D0150	Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0160	Evaluación oral limitada/integral/detallada y exhaustiva	sin cargo
D0170	Reevaluación—centrada en un problema (consulta no posoperatoria)	sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral (limitada a dos veces en 12 meses calendario)	$ 25.00
D0210	Radiografía intraoral – serie completa de imágenes radiográficas (una vez cada tres años calendario)	sin cargo
D0220	Radiografía intraoral—periapical, primera imagen radiográfica	sin cargo
D0230	Radiografía intraoral—periapical, cada imagen radiográfica adicional	sin cargo
D0240	Radiografías intraorales—imagen radiográfica oclusal	sin cargo
D0250	Extraoral—imagen radiográfica en proyección 2D creada con una fuente de radiación fija y detector	sin cargo
D0270	Radiografía de mordida—una sola imagen radiográfica (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0272	Radiografías de mordida—dos imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0273	Radiografías de mordida—tres imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0274	Radiografías de mordida—cuatro imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0277	Radiografías de mordida, verticales—siete a ocho imágenes radiográficas (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D0330	Imagen radiográfica panorámica (una vez cada tres años calendario)	sin cargo
D0350	Imágenes fotográficas orales/faciales	sin cargo
D0415	Obtención de muestra de microorganismos para cultivo y sensibilidad	sin cargo
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries	sin cargo
D0431	Prueba de detección de cáncer oral con una fuente de luz especial	$ 65.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar (no están cubiertas si se hace un conducto radicular)	sin cargo
D0470	Moldes de diagnóstico	sin cargo
D0472	Informe patológico—examen general de la lesión	sin cargo
D0473	Informe patológico—examen microscópico de la lesión	sin cargo
D0474	Informe patológico—examen microscópico de la lesión y el área	sin cargo

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

Servicios preventivos		El afiliado paga
D1110	Profilaxis—adulto, rutinaria (límite de dos veces en 12 meses calendario, por dentista de cuidado primario)	sin cargo
D1120	Profilaxis—niño, rutinaria (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor (para niños menores de 16 años) (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D1208	Aplicación tópica de flúor, excluido el barniz (límite de dos veces en 12 meses calendario)	sin cargo
D1310	Asesoramiento nutricional para controlar enfermedades dentales	sin cargo
D1320	Servicios de asesoramiento sobre el uso de tabaco para el control o prevención de enfermedad oral	sin cargo
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	sin cargo
D1330	Instrucciones para la higiene oral.	sin cargo
D1351	Sellador—por diente (solo dientes permanentes hasta los 16 años)	$ 15.00
D1510*	Mantenedor de espacio—fijo, unilateral—por cuadrante (hasta los 14 años)	$ 75.00
D1516*	Mantenedor de espacio—fijo—bilateral, maxilar (hasta los 14 años)	$105.00
D1517*	Mantenedor de espacio—fijo—bilateral, mandibular (hasta los 14 años)	$105.00
D1520*	Mantenedor de espacio—removible, unilateral—por cuadrante (hasta los 14 años)	$ 95.00
D1526*	Mantenedor de espacio—removible—bilateral, maxilar (hasta los 14 años)	$100.00
D1527*	Mantenedor de espacio—removible—bilateral, mandibular (hasta los 14 años)	$100.00
D1551	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral—maxilar	$ 15.00
D1552	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral—mandibular	$ 15.00
D1553	Recementado o refijación de mantenedor de espacio unilateral—por cuadrante	$ 15.00
D1575	Mantenedor de espacio, zapatilla distal—fijo, unilateral—por cuadrante (hasta los 14 años, dientes primarios solamente)	$165.00

Trabajos de restauración		El afiliado paga
D2140	Amalgama—una superficie, primaria o permanente	$ 20.00
D2150	Amalgama—dos superficies, primarias o permanentes	$ 25.00
D2160	Amalgama—tres superficies, primarias o permanentes	$ 30.00
D2161	Amalgama—cuatro o más superficies, primarias o permanentes	$ 35.00
D2940	Restauración protectora	$ 20.00

Resina restaurativa (incrustaciones inlay e incrustaciones onlay limitadas a una por diente cada cinco años)		El afiliado paga
D2330	Composite a base de resina— una superficie, anterior	$ 35.00
D2331	Composite a base de resina— dos superficies, anteriores	$ 50.00
D2332	Composite a base de resina— tres superficies, anteriores	$ 65.00
D2335	Composite a base de resina—cuatro o más superficies (anteriores)	$ 80.00
D2390	Corona de composite a base de resina, anterior	$ 80.00
D2391	Composite a base de resina—una superficie, posterior	$ 55.00
D2392	Composite a base de resina—dos superficies, posteriores	$ 70.00
D2393	Composite a base de resina—tres superficies, posteriores	$ 90.00
D2394	Composite a base de resina—cuatro o más superficies, posteriores	$100.00
D2510*	Incrustación inlay—de metal, una superficie	$285.00
D2520*	Incrustación inlay—de metal, dos superficies	$295.00
D2530*	Incrustación inlay—de metal, tres o más superficies	$305.00
D2542*	Incrustación onlay—de metal, dos superficies	$310.00
D2543*	Incrustación onlay—de metal, tres superficies	$320.00
D2544*	Incrustación onlay—de metal, cuatro o más superficies	$330.00
D2610*	Incrustación inlay—porcelana/cerámica, una superficie	$310.00
D2620*	Incrustación inlay—porcelana/cerámica, dos superficies	$320.00
D2630*	Incrustación inlay—porcelana/cerámica, tres o más superficies	$330.00
D2642*	Incrustación onlay—porcelana/cerámica, dos superficies	$335.00
D2643*	Incrustación onlay—porcelana/cerámica, tres superficies	$345.00
D2644*	Incrustación onlay—porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	$355.00
D2650*	Incrustación inlay—composite a base de resina, una superficie	$285.00
D2651*	Incrustación inlay—composite a base de resina, dos superficies	$295.00
D2652*	Incrustación inlay—composite a base de resina, tres o más superficies	$305.00
D2662*	Incrustación onlay—composite a base de resina, dos superficies	$310.00
D2663*	Incrustación onlay—composite a base de resina, tres superficies	$320.00
D2664*	Incrustación onlay—composite a base de resina, cuatro o más superficies	$350.00

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

Corona y puente
(límite de uno por diente cada cinco años) **El afiliado paga**

D2710*	Corona—composite a base de resina, indirecto	$350.00
D2712*	Corona—composite de 3/4 a base de resina, indirecto	$350.00
D2720*	Corona—resina con metal muy noble	$350.00
D2721	Corona—resina con metal predominantemente básico	$350.00
D2722*	Corona—resina con metal noble	$350.00
D2740*	Corona—porcelana/cerámica	$350.00
D2750*	Corona—porcelana fundida con metal muy noble	$350.00
D2751	Corona—porcelana fundida con metal predominantemente básico	$350.00
D2752*	Corona—porcelana fundida con metal noble	$350.00
D2753*	Corona—porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$350.00
D2780*	Corona—moldeada 3/4 de metal muy noble	$350.00
D2781	Corona—moldeada 3/4 de metal predominantemente básico	$350.00
D2782*	Corona—moldeada 3/4 de metal noble	$350.00
D2783*	Corona—3/4 de porcelana/cerámica	$350.00
D2790*	Corona—moldeada completa de metal muy noble	$350.00
D2791	Corona—moldeada completa de metal predominantemente básico	$350.00
D2792*	Corona—moldeada completa de metal noble	$350.00
D2794*	Corona—titanio y aleación de titanio	$350.00
D2799	Corona provisional – se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final	sin cargo
D2910	Recementado o refijación de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla o restauración con cobertura parcial	$ 20.00
D2915	Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	sin cargo
D2920	Recementado o refijación de corona	$ 20.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica—diente permanente	$ 90.00
D2929	Corona—corona prefabricada de porcelana/cerámica—diente primario	$ 90.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable—diente primario	$ 90.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable—diente permanente	$ 30.00
D2932	Corona prefabricada de resina	$ 80.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	$ 80.00
D2934	Corona prefabricada estética recubierta de acero inoxidable—diente primario	$ 80.00
D2950	Ampliación de muñón, incluidos los pernos	$ 65.00
D2951	Retención de postes—por diente, además de la restauración	$ 20.00
D2952*	Poste y muñón moldeados, además de la corona	$125.00
D2953*	Cada poste moldeado adicional—mismo diente	$120.00
D2954	Poste y muñón prefabricado, además de la corona	$105.00
D2955	Extracción de poste (no junto con terapia endodóntica)	$ 15.00
D2957	Cada poste prefabricado adicional—mismo diente, poste de metal básico	$ 40.00
D2960	Carilla labial (laminado de resina)—directa	$260.00
D2961*	Carilla labial (laminado de resina)—indirecta	$360.00
D2962*	Carilla labial (laminado de porcelana)—indirecta	$425.00
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que quepa debajo de una estructura de dentadura postiza parcial existente	$ 60.00
D2980	Reparación de corona debido a falla del material de restauración	$ 15.00
D2981	Reparación de incrustación inlay debido a falla del material de restauración	$ 15.00
D2982	Reparación de incrustación onlay debido a falla del material de restauración	$ 15.00
D2983	Reparación de carilla debido a falla del material de restauración	$ 15.00
D6940	Rompefuerza	$160.00
D6950	Aditamento de precisión, separado de prótesis	$210.00

Prostodoncia (fija)
(reemplazo limitado a cada cinco años, ajustes una vez al año) **El afiliado paga**

D6210*	Puente fijo—moldeado de metal muy noble	$350.00
D6211	Puente fijo—moldeado de metal predominantemente básico	$350.00
D6212*	Puente fijo—moldeado de metal noble	$350.00
D6240*	Puente fijo—porcelana fundida con metal muy noble	$350.00
D6241	Puente fijo—porcelana fundida con metal predominantemente básico	$350.00
D6242*	Puente fijo—porcelana fundida con metal noble	$350.00
D6243*	Puente fijo—porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$350.00
D6750*	Corona de anclaje—porcelana fundida con metal muy noble	$350.00
D6751	Corona de anclaje—porcelana fundida con metal predominantemente básico	$350.00
D6752*	Corona de anclaje—porcelana fundida con metal noble	$350.00
D6753*	Corona—porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$350.00
D6790*	Corona de anclaje—moldeada completa de metal muy noble	$350.00
D6791	Corona de anclaje—moldeada completa de metal predominantemente básico	$350.00
D6792*	Corona de anclaje—moldeada completa de metal noble	$350.00
D6794*	Corona de anclaje—titanio y aleación de titanio	$350.00
D6930	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija (por unidad)	$ 30.00

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

Prostodoncia
(reemplazo limitado a cada cinco años) **El afiliado paga**

D5110* Dentadura postiza completa—maxilar $475.00
D5120* Dentadura postiza completa—mandibular $475.00
D5130* Dentadura postiza de inmediato—maxilar $475.00
D5140* Dentadura postiza de inmediato—mandibular $475.00
D5211* Dentadura postiza parcial maxilar—base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $450.00
D5212* Dentadura postiza parcial mandibular—base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $450.00
D5213* Dentadura postiza parcial maxilar—metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $475.00
D5214* Dentadura postiza parcial mandibular—metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $475.00
D5221 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata—base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $333.00
D5222 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata—base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $333.00
D5223 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata—estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $523.00
D5224 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata—estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $523.00
D5225* Dentadura postiza parcial superior—flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $475.00
D5226* Dentadura postiza parcial inferior—flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) $475.00
D5227 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata – base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) $475.00
D5228 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata – base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) $475.00
D5282* Dentadura postiza parcial unilateral removible—metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar $395.00
D5283* Dentadura postiza parcial unilateral removible—metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular $395.00
D5284* Dentadura postiza parcial unilateral removible—base flexible de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)—por cuadrante $395.00
D5286* Dentadura postiza parcial unilateral removible—resina de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)—por cuadrante $395.00
D5410 Ajuste de dentadura postiza completa—maxilar ..... $ 20.00
D5411 Ajuste de dentadura postiza completa—mandibular ..... $ 20.00
D5421 Ajuste de dentadura postiza parcial—maxilar ..... $ 20.00
D5422 Ajuste de dentadura postiza parcial—mandibular ..... $ 20.00
D5660* Añadir gancho a dentadura postiza parcial existente—por diente $100.00

Endodoncia
(cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida) **El afiliado paga**

D3110 Recubrimiento pulpar—directo (no incluye restauración final) ..... $ 20.00
D3120 Recubrimiento pulpar—indirecto (no incluye restauración final) ..... $ 15.00
D3220 Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) ..... $ 55.00
D3221 Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (no se debe usar cuando se hace un conducto radicular el mismo día) $120.00
D3230 Terapia pulpar (empaste reabsorbible)—diente anterior primario (no incluye restauración final) ..... $ 55.00
D3240 Terapia pulpar (empaste reabsorbible)—diente posterior primario (no incluye restauración final) ..... $ 75.00
D3310 Terapia de conducto radicular—diente anterior (no incluye restauración final) $135.00
D3320 Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauraciones finales) $240.00
D3330 Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauraciones finales) $310.00
D3331 Tratamiento de obstrucción de conducto radicular—acceso no quirúrgico ..... $ 95.00
D3332 Terapia endodóntica incompleta—diente fracturado o que no se puede operar ..... $ 95.00
D3333 Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente $100.00
D3351 Apexificación/recalcificación—consulta inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.) $110.00
D3352 Apexificación/recalcificación—reemplazo de medicamento provisional (incluye las radiografías necesarias) ..... $ 85.00
D3353 Apexificación/recalcificación—consulta final (incluye radiografías necesarias) $110.00
D3410 Apicectomía—anterior $165.00
D3421 Apicectomía—premolar (primera raíz) $170.00
D3425 Apicectomía—molar (primera raíz) $170.00
D3426 Apicectomía—(cada raíz adicional) ..... $ 75.00
D3430 Empaste retrógrado—por raíz ..... $ 45.00
D3450 Amputación de raíz—por raíz (no cubierta junto con el procedimiento D3920) $110.00

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

D3910 Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma ..... $ 35.00
D3920 Hemisección no incluida en la terapia de conducto radicular $105.00
D3950 Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado ..... $ 20.00

Periodoncia (tratamiento para las encías) El afiliado paga

D4210 Gingivectomía o gingivoplastia—cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante $135.00
D4211 Gingivectomía o gingivoplastia—uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante ..... $ 75.00
D4240 Colgajo gingival, alisado radicular incluido—cuatro o más dientes, por cuadrante $180.00
D4241 Colgajo gingival, alisado radicular incluido—de uno a tres dientes, por cuadrante $135.00
D4245 Colgajo de reposición apical $200.00
D4249 Alargamiento clínico de corona—tejido duro $175.00
D4260 Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre)—cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante $400.00
D4261 Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre)—de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante $375.00
D4263 Injerto de reemplazo óseo—diente natural retenido—primer sitio del cuadrante $240.00
D4264 Injerto de reemplazo óseo—diente natural retenido—cada sitio adicional del cuadrante $145.00
D4265 Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando, por sitio $115.00
D4266 Regeneración tisular guiada, dientes naturales – barrera reabsorbible, por sitio $290.00
D4267 Regeneración tisular guiada, dientes naturales – barrera no reabsorbible, por sitio $375.00
D4270 Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando $295.00
D4273 Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) primer diente, implante o posicionamiento de diente en el injerto en pacientes desdentados $400.00
D4274 Procedimiento de acuñamiento distal/mesial, un solo diente (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica) $105.00
D4275 Injerto no autógeno de tejido conectivo (incluye sitio de receptor y material de donante) por primer diente, implante o posicionamiento de diente en el injerto en pacientes desdentados $425.00
D4277 Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) – primer diente, implante o posicionamiento de diente en el injerto en pacientes desdentados $300
D4278 Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor) – cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados $150.00
D4283 Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye sitios quirúrgicos de donante y receptor)—cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados $240.00
D4285 Procedimiento de injerto no autógeno de tejido conectivo (incluye sitio quirúrgico de receptor y material de donante)—cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados $255.00
D4322 Férula – intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas $120.00
D4323 Férula – extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas $100.00
D4341 Alisado y raspado radicular periodontal—cuatro o más dientes por cuadrante (se pagará como límite un máximo de cuatro (4) cuadrantes en cualquier combinación, por 24 meses calendario) ..... $ 70.00
D4342 Alisado y raspado radicular periodontal, uno a tres dientes por cuadrante (se pagará un máximo de cuatro cuadrantes en cualquier combinación, por 24 meses calendario) ..... $ 60.00
D4346 Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada—boca completa, después de la evaluación oral (este servicio reducirá la cantidad de limpiezas disponibles según D1110 o D1120) ..... $ 65.00
D4355 Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación periodontal integral y diagnóstico en una consulta posterior (una vez cada cinco años) ..... $ 65.00
D4381 Suministro local de agentes quimioterapéuticos (por diente) (límite de una vez por diente cada 12 meses hasta un máximo de tres lugares del diente por cuadrante, y realizado no menos de tres meses después de la terapia periodontal activa) ..... $ 65.00
D4910 Mantenimiento periodontal (cubierto solo después de la terapia periodontal activa) ..... $ 55.00

Extracciones/cirugía oral y maxilofacial El afiliado paga

D7111 Extracción, restos coronarios—diente primario ..... sin cargo
D7140 Extracción, diente erupcionado que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica ..... $ 40.00
D7210 Extracción, diente erupcionado que requiere extracción del hueso o seccionamiento

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

	del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica	$ 55.00
D7220	Extracción de diente impactado—tejido blando	$ 60.00
D7230	Extracción de diente impactado—parcialmente osificado	$ 85.00
D7240	Extracción de diente impactado—completamente osificado	$105.00
D7241	Extracción de diente impactado—completamente osificado, con complicaciones poco comunes según informe	$140.00
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales de diente	$ 45.00
D7260	Cierre de fístula oroantral	$400.00
D7261	Cierre primario de perforación sinusal	$250.00
D7270	Reimplantación o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente	$ 75.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado (sin incluir las muelas del juicio)	$135.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar su erupción	$110.00
D7285	Biopsia quirúrgica de tejido oral duro (hueso, diente)	$400.00
D7286	Biopsia quirúrgica de tejido oral blando (todo lo demás)	$130.00
D7287	Obtención de muestra para estudio citológico de descamación	$ 60.00
D7288	Biopsia por cepillado—obtención de muestra transepitelial	$ 65.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones—por cuadrante	$ 45.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones—uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$ 20.00
D7320	Alveoloplastia aparte de extracciones—por cuadrante	$ 85.00
D7321	Alveoloplastia aparte de extracciones—uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$ 45.00
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno—de hasta 1.25 cm	$190.00
D7451	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno—mayor de 1.25 cm	$260.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$110.00
D7472	Extracción de torus palatino	$ 75.00
D7473	Extracción de torus mandibular	$ 75.00
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	$ 65.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso—tejido blando intraoral	$ 40.00
D7970	Escisión de tejido hiperplásico—por arco	$ 90.00
D7971	Escisión gingival pericoronal	$ 60.00

Reparaciones de prótesis		**El afiliado paga**
D5511*	Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa, mandibular	$ 45.00
D5512*	Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa, maxilar	$ 45.00
D5520*	Reemplazo de dientes faltantes o rotos—dentadura postiza completa (cada diente)	$ 45.00
D5611*	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	$ 45.00
D5612*	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	$ 45.00
D5621*	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	$ 45.00
D5622*	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	$ 45.00
D5630*	Reparación o reemplazo de materiales de retención o ganchos rotos—por diente	$ 45.00
D5640*	Reemplazo de dientes rotos—por diente	$ 45.00
D5650*	Añadir diente a dentadura postiza parcial existente	$ 45.00
D5670*	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico en estructura de metal fundido—maxilar	$235.00
D5671*	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico en estructura de metal fundido—mandibular	$290.00
D5710*	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	$210.00
D5711*	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	$210.00
D5720*	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	$210.00
D5721*	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	$210.00
D5725*	Rebasado de prótesis híbrida	$210.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)	$ 80.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	$ 80.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo)	$ 80.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo)	$ 80.00
D5750*	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	$125.00
D5751*	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	$125.00
D5760*	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	$125.00
D5761*	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	$125.00
D5765*	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial – indirecto	$125.00
D5810*	Dentadura postiza provisional completa (maxilar)	$275.00
D5811*	Dentadura postiza provisional completa (mandibular)	$275.00
D5820*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)—maxilar	$135.00
D5821*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)—mandibular	$135.00
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar	$ 40.00
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular	$ 40.00

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

D6214* Puente fijo—titanio y aleación de titanio $350.00
D6245* Puente fijo—porcelana/cerámica $350.00
D6250* Puente fijo—resina con metal muy noble $350.00
D6251 Puente fijo—resina con metal predominantemente básico $350.00
D6252* Puente fijo—resina con metal noble $350.00
D6253* Puente fijo provisional – se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final ..... sin cargo
D6545* Retenedor—metal moldeado, prótesis fija adherida con resina $275.00
D6548* Retenedor—porcelana/cerámica, prótesis fija adherida con resina $275.00
D6549 Retenedor de resina—para prótesis fija adherida con resina $275.00
D6600* Incrustación inlay de anclaje—porcelana/cerámica, dos superficies $350.00
D6601* Incrustación inlay de anclaje—porcelana/cerámica, tres o más superficies $350.00
D6602* Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado muy noble, dos superficies $350.00
D6603* Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado muy noble, tres o más superficies $350.00
D6604 Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado predominantemente básico, dos superficies $350.00
D6605 Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado predominantemente básico, tres o más superficies ustación inlay de anclaje—metal moldeado predominantemente básico, tres o más superficies $350.00
D6606* Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado noble, dos superficies $350.00
D6607* Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado noble, tres o más superficies $350.00
D6608* Incrustación onlay de anclaje—porcelana/cerámica, dos superficies $350.00
D6609* Incrustación onlay de anclaje—porcelana/cerámica, tres o más superficies $350.00
D6610* Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado muy noble, dos superficies $350.00
D6611* Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado muy noble, tres o más superficies $350.00
D6612 Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado predominantemente básico, dos superficies $350.00
D6613 Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado predominantemente básico, tres o más superficies $350.00
D6614* Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado noble, dos superficies $350.00
D6615* Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado noble, tres o más superficies $350.00
D6624* Incrustación inlay de anclaje de titanio $350.00
D6634* Incrustación onlay de anclaje de titanio $350.00
D6710* Corona de anclaje—indirecta de compuesto a base de resina $350.00
D6720* Corona de anclaje—resina con metal muy noble $350.00
D6721 Corona de anclaje—resina con metal predominantemente básico $350.00
D6722* Corona de anclaje—resina con metal noble $350.00
D6740* Corona de anclaje—porcelana/cerámica $350.00
D6780* Corona de anclaje—moldeada 3/4 de metal muy noble $350.00
D6781 Corona de anclaje—moldeada 3/4 de metal predominantemente básico $350.00
D6782* Corona de anclaje—moldeada 3/4 de metal noble $350.00
D6783* Corona de anclaje—3/4 de porcelana/cerámica, dentadura postiza $350.00
D6784 Corona de anclaje—3/4 de titanio y aleaciones de titanio $350.00

Servicios generales adjuntos	**El afiliado paga**
D9110 Tratamiento paliativo por dolor dental – por consulta	$ 20.00
D9215 Anestesia local junto con procedimientos que requieren operación o cirugía	sin cargo
D9222 Sedación profunda/anestesia general—primeros 15 minutos	$ 92.00
D9223 Sedación profunda/anestesia general—cada incremento de 15 minutos siguiente	$ 78.00
D9230 Analgesia (óxido nitroso), por cada 15 minutos	$ 30.00
D9239 Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	$ 92.00
D9243 Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa—cada incremento de 15 minutos siguiente	$ 78.00
D9450 Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento	sin cargo
D9951 Ajuste oclusal—limitado	$ 40.00
D9952 Ajuste oclusal—completo	$185.00

Blanqueado	**El afiliado paga**
D9972 Blanqueado externo en consultorio—por arco	$185.00
D9975 Blanqueado externo en casa—por arco	$185.00

Ortodoncia — **El afiliado paga**

D8070 o D8080—niños hasta los 19 años, hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia rutinario para los casos de Clase I y Clase II.

Consulta ..... sin cargo
Evaluación ..... $ 45.00
Registros/planificación de tratamiento $250.00
Tratamiento de ortodoncia $1,900.00

D8090—adultos de 19 años en adelante, hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia rutinario para casos de Clase I y Clase II.

Consulta ..... sin cargo
Evaluación ..... $ 45.00
Registros/planificación de tratamiento $250.00
Tratamiento de ortodoncia $1,900.00

D8680 Retención de ortodoncia $455.00
D8698 Recementado o refijación de retenedor fijo, maxilar ..... sin cargo
D8699 Recementado o refijación de retenedor fijo, mandibular ..... sin cargo

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

TENGA EN CUENTA:

- No todos los dentistas participantes realizan todos los procedimientos detallados en la lista, incluidas las amalgamas. Consulte con su dentista sobre la disponibilidad de los servicios antes de recibir un tratamiento.
- Los procedimientos no enumerados podrían ser elegibles para un descuento de hasta un 25%. Los afiliados pueden comunicarse con un proveedor participante para determinar si se aplica algún descuento. Visite espanol.humana.com para encontrar un dentista participante.
- Cuando las coronas o los puentes exceden seis unidades en el mismo plan de tratamiento, al paciente se le pueden cobrar $75 adicionales por unidad.
- Algunos servicios cubiertos suelen ser ofrecidos solamente por un especialista (al igual que muchos procedimientos de cirugía oral).
- Las exclusiones y limitaciones adicionales se indican junto con la información completa sobre el plan en su certificado de beneficios. Si usted no tiene un certificado de beneficios, consulte la Guía de información técnica y regulatoria de beneficios de especialidad disponible en **Disclosure.Humana.com**.

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

Ofrecido por DentiCare, Inc. (bajo el nombre de 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**.