

Sobre su plan

Este plan individual de servicios dentales, para la vista y la audición de Humana Extend 1250 está diseñado para personas que desean combinar sus coberturas en un solo plan y maximizar sus beneficios. Este plan ofrece acceso a una red de proveedores en todo el país que se especializan en servicios rutinarios dentales, de la vista y de la audición. La cobertura incluye servicios dentales preventivos, básicos e importantes, además de servicios para la vista y la audición.

Quién puede inscribirse en este plan: cualquier persona puede inscribirse en este plan.

Cómo funciona su plan

- Cobertura dental preventiva, básica e importante (pueden aplicarse períodos de espera).
- Los servicios dentales preventivos tienen cobertura del 100% dentro o fuera de la red después del deducible. Coseguro para servicios dentales básicos e importantes después del deducible.
- Cobertura de blanqueamiento de dientes.
- Cobertura de servicios para la vista y la audición.

Cobertura dental

La buena salud oral significa más que una sonrisa atractiva. Las investigaciones demuestran que la salud oral, el cuidado preventivo y las consultas regulares con el dentista son parte integral de la salud general.¹ Los afiliados pueden maximizar los beneficios de eligiendo uno de los más de 135,000 dentistas y especialistas* de nuestra red nacional. Visite Humana.com/Find-Care para encontrar un dentista participante.

Deducible por año calendario

Este es el monto en dólares que usted paga por los servicios cubiertos cada año calendario antes de que el plan pague

Individuo

\$75 por persona

Familiar

\$75 por persona

Máximo anual

Este es el monto máximo que el plan pagará en un año calendario por los servicios cubiertos

\$1,250 por persona

Servicios de cuidado dental

Servicios preventivos (sin período de espera)

- Exámenes orales periódicos rutinarios (límite de dos por año calendario)
- Examen oral limitado (límite de uno por año calendario)
- Examen oral integral (límite de uno cada tres años)
- Evaluación periodontal integral (límite de una cada tres años)

Cobertura contratada

100% después del deducible

Cobertura no contratada†

100% después del deducible

Servicios de cuidado dental (continuación)

Cobertura contratada

Cobertura no contratada[†]

Servicios preventivos, continuación (sin período de espera)

- Radiografías de mordida (límite de un juego de dos películas por año calendario para niños de 10 años y menores, y límite de un juego de cuatro películas por año calendario para niños de 11 años y mayores)
- Radiografía panorámica (límite de una cada cinco años)
- Limpiezas - profilaxis (límite de dos por año calendario)
- Tratamiento con flúor tópico (límite de dos por año calendario)
- Selladores (límite de una vez por diente de por vida, hasta los 14 años y menores para los dientes primarios únicamente)

100% después del deducible

100% después del deducible

Servicios básicos (se aplica un período de espera de 6 meses)

- Extracciones simples y remoción de raíz
- Restauraciones - empastes (límite de uno por diente, cada dos años; el composite solo está cubierto para los dientes frontales²)
- Mantenedores de espacio (hasta los 14 años y menores únicamente para los dientes primarios)
- Anestesia
- Tratamiento paliativo por dolor dental - por consulta

60% después del deducible

60% después del deducible

Servicios importantes (se aplica un período de espera de 12 meses)

- Endodoncia - conductos radiculares (límite de uno por diente de por vida)
- Dentaduras postizas completas (límite de una cada cinco años)
- Dentaduras postizas parciales removibles (límite de una cada cinco años)
- Reparación y ajustes de dentaduras postizas (si han transcurrido más de seis meses desde la colocación inicial)
- Coronas, incrustaciones inlay y onlay (límite de una por diente cada cinco años)
- Extracción quirúrgica
- Mantenimiento periodontal (límite de dos por año calendario) - *sin período de espera para este servicio*
- Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - boca completa, tras evaluación oral (uno por año calendario, se reduce el límite para los servicios de limpieza [profilaxis]) - *sin período de espera para este servicio*

30% después del deducible

30% después del deducible

Servicios de cuidado dental (continuación)

Cobertura contratada

Cobertura no contratada†

Servicios importantes (continuación) (se aplica un período de espera de 12 meses)

- Alisado y raspado radicular periodontal (límite de uno por cuadrante cada tres años) - sin período de espera para este servicio

30% después del deducible

30% después del deducible

Nota: No se cubre la reposición de dientes ausentes por causas congénitas o de dientes extraídos con anterioridad a la cobertura de la póliza.

Blanqueamiento dental (sin período de espera)

- Blanqueado externo - por arco - realizado en el consultorio

Subsidio de \$100, no se aplica al deducible ni al máximo dental anual

* Según los datos de la red de Humana, consultado por última vez en octubre de 2024.

† Los dentistas no contratados pueden facturarle cargos por encima de la cantidad que cubre el plan Humana Dental. Para garantizar que usted no reciba cargos adicionales, visite un dentista de nuestra red nacional. Pueden aplicarse períodos de espera y otras limitaciones; consulte su póliza para ver los detalles de la cobertura.

En Texas, los planes proporcionan beneficios para obtener cuidado de dentistas contratados y no contratados. Los dentistas no contratados no han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas. Si un afiliado consulta a un dentista no contratado, sus gastos de desembolso personal pueden ser superiores a los que cobran los dentistas contratados. Es posible que a veces vea que se hace referencia a esto con los términos de la red y fuera de la red.

Información importante: Los planes dentales y oftalmológicos, excluyendo Dental Savings Plus, pueden tener un período de contrato inicial mínimo de un año. Si necesita más aclaraciones sobre la cobertura y los beneficios, pídale a su dentista un presupuesto previo al tratamiento.

Notas al pie

1. "Gum Diseases and other Diseases," American Academy of Periodontology, consultado por última vez el 11 octubre de 2024, <https://www.perio.org/for-patients/gum-disease-information/gum-disease-and-other-diseases/>
2. Los empastes de composite (blancos) se cubren solamente para los dientes anteriores (frontales). Se permite un beneficio alterno de uso de empastes de composite en dientes posteriores (traseros) cuando el plan cubre el costo de un empaste de amalgama (plata) y el afiliado es responsable del costo por encima de la cantidad cubierta.

Cobertura de servicios de la visión

Hacerse controles oculares todos los años puede ayudar a detectar complicaciones relacionadas con la vista, como glaucoma, cataratas y retinopatía diabética, la principal causa de ceguera entre los adultos³ y la complicación ocular más común en los pacientes diabéticos⁴.

Los afiliados tienen acceso a una de las redes de servicios para la vista más grande de los Estados Unidos[‡], con optometristas y oftalmólogos en más de 170,000 puntos de acceso^{**}, que incluyen ubicaciones minoristas nacionales e independientes como LensCrafters®, Pearle Vision®, y Target Optical®. Visite [Humana.com/Find-Care](https://www.humana.com/Find-Care) para buscar un proveedor cerca de usted.

Servicios de cuidado de la vista

Dentro de la red

Fuera de la red

Examen (uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)

- Examen rutinario únicamente

Copago de \$0

Copago de \$0

‡ Basado en la red EyeMed Insight y el análisis de las redes más grandes de los competidores a través de los datos de Network360, 2021.

** Según los datos de la red de Humana, consultado por última vez en noviembre de 2024.

Descuentos adicionales del plan:

También tiene acceso a ofertas y descuentos exclusivos para afiliados en productos y servicios relacionados con la vista. Es posible acceder fácilmente a las ofertas y descuentos desde el sitio web del plan y pueden utilizarse más allá de su beneficio para la vista; estos no forman parte del plan de seguro. Se agregan nuevas ofertas con frecuencia, así que eche un vistazo antes de programar su próximo examen de la vista.

Los afiliados pueden recibir descuentos en servicios y materiales no cubiertos por el plan de los proveedores de la red. Los afiliados deben comunicarse con su proveedor de la red para determinar qué descuentos pueden estar disponibles.

Notas al pie

3. "About Common Eye Disorders and Diseases," Centers for Disease Control and Prevention, consultado por última vez el 11 de octubre de 2024, <https://www.cdc.gov/vision-health/about-eye-disorders>

4. "Diabetic Eye Disease Resources," National Eye Institute, consultado por última vez el 11 de octubre de 2024, <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/outreach-resources/diabetic-eye-disease-resources>

**INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK**



LENSCRAFTERS®

**PEARLE
EST. 1961
VISION™**

TARGET OPTICAL™

Cobertura para la audición

Debe ver a un proveedor de TruHearing® para utilizar este beneficio. Llame al **855-241-6293 (TTY: 711)** para programar una cita. Tendrá acceso a más de 8,850 centros de proveedores de la red de TruHearing††. Visite [TruHearing.com/humanaextend/](https://www.truhearing.com/humanaextend/) para obtener más información.

Artículo o servicio cubierto	Descripción/frecuencia	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de audición	Una prueba auditiva rutinaria por año calendario	Copago de \$0	Subsidio de \$45

†† MarkeTrak 10

Limitaciones y exclusiones

Este es un resumen de las limitaciones y las exclusiones para este plan individual de servicios dentales, para la vista y la audición de Humana. Está diseñado para una referencia conveniente. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. Además de cualquier limitación y exclusión que se detallan en las secciones “Programa de beneficios de la póliza” o “Definición”, esta póliza no proporciona beneficios para lo siguiente:

1. Cualquier gasto incurrido mientras una persona cubierta califica para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedades ocupacionales, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
2. Servicios:
 - a. Que son gratis o por los que una persona cubierta no tendría que pagar si no tuviera este seguro, a menos que los cargos se reciban del gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias según lo exige la ley y se reembolsen a estos;
 - b. Proporcionados por, o pagaderos según, cualquier plan o legislación a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid); o
 - c. Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que está bajo la administración o que es propiedad del gobierno de los Estados Unidos.
3. Cualquier pérdida que contribuya o haya sido causada por:
 - a. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no;
 - b. Participación en disturbios;
 - c. Intentar cometer o cometer un delito;
 - d. Participar en una profesión u ocupación ilegal;
 - e. Cualquier conflicto armado; o
 - f. Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad.
4. Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
5. Incumplimiento de una cita con el proveedor.
6. Servicios que consideremos odontología estética, a menos que sean necesarios como resultado de una lesión accidental provocada mientras la persona cubierta tiene cobertura conforme a esta póliza.
7. Cargos por:
 - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas coronas o el dispositivo protésico adherido a esta, a menos que se incluya de otro modo como un servicio cubierto en el “Programa de beneficios de la póliza”;
 - b. Elementos de precisión o semi precisión;
 - c. Prótesis de soporte y cualquier tratamiento endodóntico asociado con las prótesis de soporte;
 - d. Otros elementos personalizados;
 - e. Imágenes en 3D;
 - f. Servicios dentales temporales y provisionales;
 - g. Cargos separados por materiales o uso de equipos, tales como láseres; o
 - h. Cargos separados por tratamiento realizado en una clínica, centro dental o centro médico que sea propiedad o bien esté operado, patrocinado o sea mantenido por (i) el patrono o cualquier persona cubierta; o (ii) un empleado de cualquier persona cubierta.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - a. La alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - b. La restauración o el mantenimiento de la oclusión;
 - c. Ferulización de dientes, incluidos los soportes múltiples, o cualquier servicio para estabilizar dientes periodontales débiles;
 - d. Sustitución de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
 - e. El registro de la mordida o análisis de la mordida.
9. Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.

Limitaciones y exclusiones (continuación)

10. Tarifas para tratamiento dental hecho por otra persona que no sea un dentista, excepto para el raspado y limpieza de dientes, y la aplicación tópica de flúor que puede realizarla un higienista dental certificado. El tratamiento debe ser realizado bajo la supervisión y el asesoramiento de un dentista conforme a las normas dentales generalmente aceptadas.
11. Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Medicamentos recetados o premedicamentos, ya sean suministrados o recetados.
13. Servicios que no se detallan específicamente en la sección "Programa de beneficios de la póliza".
14. Servicios para los que se indica "No hay cobertura" en la sección "Programa de beneficios de la póliza".
15. Servicios que determinemos que:
 - a. No son elegibles para beneficios en función de la revisión clínica;
 - b. No ofrecen un pronóstico favorable;
 - c. No tienen aceptación profesional uniforme; o
 - d. Son de carácter experimental o para investigación.
16. Servicios de ortodoncia.
17. Cualquier gasto incurrido antes de la fecha de vigencia de cobertura de la persona cubierta o después de la fecha en la que termina la cobertura de la persona cubierta conforme a esta póliza.
18. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
19. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento o preparación del tejido asociado con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
20. Reparación o reemplazo de aparatos de ortodoncia.
21. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluido cualquier trastorno de la articulación temporomandibular, craneomaxilar, trastorno craneomandibular u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas como dolores de cabeza.
22. Extracción electiva de dientes impactados sin patología asociada.
23. Servicio de cirugía ortognática.
24. Servicios que generalmente se consideran médicos o están cubiertos por un plan médico.
25. Servicios de destrucción de lesiones por cualquier método.
26. Servicios de trasplante dental.
27. Servicios de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad oral.
28. Servicios para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales, a menos que estén relacionados con cuestiones dentales.
29. Cualquier gasto aparte por cuidado pre y posoperatorio.
30. Reemplazo de restauraciones (empastes) colocadas hace menos de dos años.
31. No cubriremos el reemplazo de ninguna restauración importante, prótesis o aparato duplicado, perdido, robado, dañado o mal colocado.
32. Terapia ortóptica o entrenamiento de la vista.
33. Dispositivos para la vista subnormal y exámenes relacionados.
34. Lentes aniseicónicas.
35. Cualquier servicio para la vista que determinemos que no es necesario o apropiado para la vista.
36. Lentes planas.
37. Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de soporte.
38. Reemplazo de lentes o monturas proporcionados conforme a esta póliza que se hayan perdido o roto, a menos que estén disponibles de otro modo conforme a la póliza.
39. Cualquier examen o material para la vista que requiera un patrono como condición del empleo.
40. Gafas de sol no recetadas.
41. Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.

Limitaciones y exclusiones (continuación)

42. Servicios o materiales provistos por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione cuidado médico para la vista.
43. Ciertos nombres de marcas cuando el fabricante no permite descuentos.
44. Soluciones y productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
45. Tratamiento de una patología de la vista.
46. Artículos para la vista no recetados.
47. Costos relacionados con materiales de seguridad para la vista.
48. Servicios pre y posoperatorios para la vista.
49. Ortoqueratología.
50. Mantenimiento rutinario de materiales para la vista.
51. Readaptación o cambio en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte de la póliza.
52. Lentes pintados artísticamente.

Asegurado por Humana Insurance Company.

Número de póliza: TX-72032

Las solicitudes están sujetas a aprobación.

Esta comunicación provee una descripción general de ciertos beneficios identificados como beneficios del seguro o beneficios que no son parte del seguro, los cuales son provistos bajo uno o más de uno de nuestros planes de beneficios para la salud. Nuestros planes de beneficios para la salud tienen exclusiones, limitaciones y términos bajo los cuales la cobertura puede continuar en vigencia o interrumpirse. Para obtener información sobre los costos y los detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o llame o escriba al agente de seguros de Humana o a la compañía. En caso de un desacuerdo entre esta comunicación y el documento del plan, el documento del plan regirá. Los planes no están disponibles en todos los estados. Los beneficios del plan pueden variar por estado. Consulte los documentos del plan para obtener todos los detalles sobre la cobertura.

EyeMed and TruHearing (los Proveedores) son proveedores externos. El contrato de Humana con los Proveedores no exime a un afiliado de ninguna obligación conforme a la póliza ni modifica los términos de la póliza. La participación en el programa de Proveedores es voluntaria. Todas las declaraciones y garantías contenidas en este material de mercadeo son efectuadas exclusivamente por los Proveedores, no por Humana. Humana y los Proveedores, incluidas las filiales y subsidiarias respectivas de cada una de las partes, son entidades independientes, no afiliadas. Humana, su empresa matriz y sus filiales no son responsables ante los afiliados en caso de negligencia en la prestación de servicios por parte de los Proveedores.

Los enlaces a otros sitios web desde este sitio se proporcionan únicamente para su conveniencia y no constituyen ni implican la aprobación por parte de Humana, Inc. o sus subsidiarias de estos sitios, de los productos, opiniones o servicios descritos en estos sitios, ni de ningún otro material contenido en ellos. Humana se exime de responsabilidad por su contenido y exactitud.

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños, y cualquier uso no implica respaldo.