# Plan HumanaDental DHMO HS205 con Implantes

**TEXAS**

## Siéntase bien con la elección de 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.

## La 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.

### Visite MyDentalIQ.com

Realice una evaluación de riesgos de salud que inmediatamente califica sus conocimientos en salud dental. Recibirá un plan de acción personalizado con consejos de salud. Puede imprimir una copia de sus resultados para analizarla con su dentista en la próxima consulta.

## 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 HS205 con Implantes

**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 tanto para un dentista general participante como para un 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 un pago separado de cargos de laboratorio, que no excederá los $200. 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) | $ 5.00 |
| D9430 Consulta médica (horario normal) | sin cargo |
| D9440 Consulta médica (después del horario regular programado) | $ 35.00 |
| 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—centrada en un problema | 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 integral—paciente nuevo o establecido (límite de dos veces en 12 meses calendario) | sin cargo |
| D0160 Evaluación oral detallada y extensiva—centrada en un problema, por informe | 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) | $ 15.00 |
| 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 | $ 50.00 |
| 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 (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) | $ 10.00 |
| D1510* | Mantenedor de espacio—fijo, unilateral—por cuadrante (hasta los 14 años) | $ 50.00 |
| D1516* | Mantenedor de espacio—fijo—bilateral, maxilar (hasta los 14 años) | $ 70.00 |
| D1517* | Mantenedor de espacio—fijo—bilateral, mandibular (hasta los 14 años) | $ 70.00 |
| D1520* | Mantenedor de espacio—removible, unilateral—por cuadrante (hasta los 14 años) | $ 85.00 |
| D1526* | Mantenedor de espacio—removible—bilateral, maxilar (hasta los 14 años) | $ 90.00 |
| D1527* | Mantenedor de espacio—removible—bilateral, mandibular (hasta los 14 años) | $ 90.00 |
| D1551 | Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral—maxilar | $ 10.00 |
| D1552 | Recementado o refijación de mantenedor deespacio bilateral—mandibular | $ 10.00 |
| D1553 | Recementado o refijación de mantenedor deespacio unilateral—por cuadrante | $ 10.00 |
| D1575 | Mantenedor de espacio, zapatilla distal—fijo, unilateral—por cuadrante (hasta los 14 años, dientes primarios solamente) | $ 130.00 |

| Trabajos de restauración | | El afiliado paga |
|---|---|---|
| D2140 | Amalgama—una superficie, primaria o permanente | $ 5.00 |
| D2150 | Amalgama—dos superficies, primarias o permanentes | $ 5.00 |
| D2160 | Amalgama—tres superficies, primarias o permanentes | $ 5.00 |
| D2161 | Amalgama—cuatro o más superficies, primarias o permanentes | $ 5.00 |
| D2940 | Restauración protectora | $ 10.00 |

| 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 | $ 30.00 |
| D2331 | Composite a base de resina— dos superficies, anteriores | $ 40.00 |
| D2332 | Composite a base de resina— tres superficies, anteriores | $ 45.00 |
| D2335 | Composite a base de resina—cuatro o más superficies (anteriores) | $ 65.00 |
| D2390 | Corona de composite a base de resina, anterior | $ 70.00 |
| D2391 | Composite a base de resina—una superficie, posterior | $ 45.00 |
| D2392 | Composite a base de resina—dos superficies, posteriores | $ 55.00 |
| D2393 | Composite a base de resina—tres superficies, posteriores | $ 80.00 |
| D2394 | Composite a base de resina—cuatro o más superficies, posteriores | $ 90.00 |
| D2510* | Incrustación inlay—de metal, una superficie | $ 225.00 |
| D2520* | Incrustación inlay—de metal, dos superficies | $ 235.00 |
| D2530* | Incrustación inlay—de metal, tres o más superficies | $ 245.00 |
| D2542* | Incrustación onlay—de metal, dos superficies | $ 250.00 |
| D2543* | Incrustación onlay—de metal, tres superficies | $ 260.00 |
| D2544* | Incrustación onlay—de metal, cuatro o más superficies | $ 270.00 |
| D2610* | Incrustación inlay—porcelana/cerámica, una superficie | $ 250.00 |
| D2620* | Incrustación inlay—porcelana/cerámica, dos superficies | $ 260.00 |
| D2630* | Incrustación inlay—porcelana/cerámica, tres o más superficies | $ 270.00 |
| D2642* | Incrustación onlay—porcelana/cerámica, dos superficies | $ 275.00 |
| D2643* | Incrustación onlay—porcelana/cerámica, tres superficies | $ 285.00 |
| D2644* | Incrustación onlay—porcelana/cerámica, cuatro o más superficies | $ 295.00 |
| D2650* | Incrustación inlay—composite a base de resina, una superficie | $ 225.00 |
| D2651* | Incrustación inlay—composite a base de resina, dos superficies | $ 235.00 |
| D2652* | Incrustación inlay—composite a base de resina, tres o más superficies | $ 245.00 |
| D2662* | Incrustación onlay—composite a base de resina, dos superficies | $ 250.00 |
| D2663* | Incrustación onlay—composite a base de resina, tres superficies | $ 260.00 |
| D2664* | Incrustación onlay—composite a base de resina, cuatro o más superficies | $ 270.00 |

*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 | $ 270.00 |
| D2712* | Corona—composite de 3/4 a base de resina, indirecto | $ 270.00 |
| D2720* | Corona—resina con metal muy noble | $ 270.00 |
| D2721 | Corona—resina con metal predominantemente básico | $ 270.00 |
| D2722* | Corona—resina con metal noble | $ 270.00 |
| D2740* | Corona—porcelana/cerámica | $ 270.00 |
| D2750* | Corona—porcelana fundida con metal muy noble | $ 270.00 |
| D2751 | Corona—porcelana fundida con metal predominantemente básico | $ 270.00 |
| D2752* | Corona—porcelana fundida con metal noble | $ 270.00 |
| D2753* | Corona—porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | $ 270.00 |
| D2780* | Corona—moldeada 3/4 de metal muy noble | $ 270.00 |
| D2781 | Corona—moldeada 3/4 de metal predominantemente básico | $ 270.00 |
| D2782* | Corona—moldeada 3/4 de metal noble | $ 270.00 |
| D2783* | Corona—3/4 de porcelana/cerámica | $ 270.00 |
| D2790* | Corona—moldeada completa de metal muy noble | $ 270.00 |
| D2791 | Corona—moldeada completa de metal predominantemente básico | $ 270.00 |
| D2792* | Corona—moldeada completa de metal noble | $ 270.00 |
| D2794* | Corona—titanio y aleación de titanio | $ 270.00 |
| 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 | $ 15.00 |
| D2915 | Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados | sin cargo |
| D2920 | Recementado o refijación de corona | $ 15.00 |
| D2928 | Corona prefabricada de porcelana/cerámica—diente permanente | $ 75.00 |
| D2929 | Corona-corona prefabricada de porcelana/cerámica—diente primario | $ 75.00 |
| D2930 | Corona prefabricada de acero inoxidable—diente primario | $ 75.00 |
| D2931 | Corona prefabricada de acero inoxidable—diente permanente | $ 25.00 |
| D2932 | Corona prefabricada de resina | $ 50.00 |
| D2933 | Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina | $ 50.00 |
| D2934 | Corona prefabricada estética recubierta de acero inoxidable—diente primario | $ 50.00 |
| 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 | $ 95.00 |
| D2953* | Cada poste moldeado adicional—mismo diente | $ 100.00 |
| D2954 | Poste y muñón prefabricado, además de la corona | $ 85.00 |
| D2955 | Extracción de poste (no junto con terapia endodóntica) | $ 10.00 |
| D2957 | Cada poste prefabricado adicional—mismo diente, poste de metal básico | $ 35.00 |
| D2960 | Carilla labial (laminado de resina)—directa | $ 250.00 |
| D2961* | Carilla labial (laminado de resina)—indirecta | $ 300.00 |
| D2962* | Carilla labial (laminado de porcelana)—indirecta | $ 350.00 |
| D2971 | Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que quepa debajo de una estructura de dentadura postiza parcial existente | $ 50.00 |
| D2980 | Reparación de corona debido a falla del material de restauración | sin cargo |
| D2981 | Reparación de incrustación inlay debido a falla del material de restauración | sin cargo |
| D2982 | Reparación de incrustación onlay debido a falla del material de restauración | sin cargo |
| D2983 | Reparación de carilla debido a falla del material de restauración | sin cargo |
| D6940 | Rompefuerza | $ 150.00 |
| D6950 | Aditamento de precisión, separado de prótesis | $ 195.00 |

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

| | | |
|---|---|---|
| D6210* | Puente fijo—moldeado de metal muy noble | $ 270.00 |
| D6211 | Puente fijo—moldeado de metal predominantemente básico | $ 270.00 |
| D6212* | Puente fijo—moldeado de metal noble | $ 270.00 |
| D6240* | Puente fijo—porcelana fundida con metal muy noble | $ 270.00 |
| D6241 | Puente fijo—porcelana fundida con metal predominantemente básico | $ 270.00 |
| D6242* | Puente fijo—porcelana fundida con metal noble | $ 270.00 |
| D6243* | Puente fijo—porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | $ 270.00 |
| D6750* | Corona de anclaje—porcelana fundida con metal muy noble | $ 270.00 |
| D6751 | Corona de anclaje—porcelana fundida con metal predominantemente básico | $ 270.00 |
| D6752* | Corona de anclaje—porcelana fundida con metal noble | $ 270.00 |
| D6753* | Corona—porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | $ 270.00 |
| D6790* | Corona de anclaje—moldeada completa de metal muy noble | $ 270.00 |
| D6791 | Corona de anclaje—moldeada completa de metal predominantemente básico | $ 270.00 |
| D6792* | Corona de anclaje—moldeada completa de metal noble | $ 270.00 |
| D6794* | Corona de anclaje—titanio y aleación de titanio | $ 270.00 |
| D6930 | Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija (por unidad) | $ 15.00 |

*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 | $ 375.00 |
| D5120* Dentadura postiza completa—mandibular | $ 375.00 |
| D5130* Dentadura postiza de inmediato—maxilar | $ 375.00 |
| D5140* Dentadura postiza de inmediato—mandibular | $ 375.00 |
| D5211* Dentadura postiza parcial maxilar—base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $ 400.00 |
| D5212* Dentadura postiza parcial mandibular—base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $ 400.00 |
| D5213* Dentadura postiza parcial maxilar—metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $ 425.00 |
| D5214* Dentadura postiza parcial mandibular—metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $ 425.00 |
| D5221 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata—base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $ 263.00 |
| D5222 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata—base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $ 263.00 |
| 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) | $ 413.00 |
| 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) | $ 413.00 |
| D5225* Dentadura postiza parcial superior—flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $ 425.00 |
| D5226* Dentadura postiza parcial inferior—flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $ 425.00 |
| D5227 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | $ 425.00 |
| D5228 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | $ 425.00 |
| D5282* Dentadura postiza parcial unilateral removible—metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar | $ 350.00 |
| D5283* Dentadura postiza parcial unilateral removible—metal de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular | $ 350.00 |
| D5284* Dentadura postiza parcial unilateral removible—base flexible de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)—por cuadrante | $ 350.00 |
| D5286* Dentadura postiza parcial unilateral removible—resina de una pieza (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)—por cuadrante | $ 350.00 |
| D5410 Ajuste de dentadura postiza completa—maxilar | $ 15.00 |
| D5411 Ajuste de dentadura postiza completa—mandibular | $ 15.00 |
| D5421 Ajuste de dentadura postiza parcial—maxilar | $ 15.00 |
| D5422 Ajuste de dentadura postiza parcial—mandibular | $ 15.00 |
| D5660* Añadir gancho a dentadura postiza parcial existente—por diente | $ 90.00 |

## Endodoncia

| (cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida) | El afiliado paga |
|---|---|
| D3110 Recubrimiento pulpar—directo (no incluye restauración final) | $ 15.00 |
| D3120 Recubrimiento pulpar—indirecto (no incluye restauración final) | $ 10.00 |
| D3220 Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) | $ 40.00 |
| D3221 Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (no se debe usar cuando se hace un conducto radicular el mismo día) | $ 85.00 |
| D3230 Terapia pulpar (empaste reabsorbible)—diente anterior primario (no incluye restauración final) | $ 45.00 |
| D3240 Terapia pulpar (empaste reabsorbible)—diente posterior primario (no incluye restauración final) | $ 50.00 |
| D3310 Terapia de conducto radicular—diente anterior (no incluye restauración final) | $ 110.00 |
| D3320 Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauraciones finales) | $ 195.00 |
| D3330 Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauraciones finales) | $ 250.00 |
| D3331 Tratamiento de obstrucción de conducto radicular—acceso no quirúrgico | $ 80.00 |
| D3332 Terapia endodóntica incompleta—diente fracturado o que no se puede operar | $ 80.00 |
| D3333 Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente | $ 90.00 |
| D3351 Apexificación/recalcificación—consulta inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción radicular, etc.) | $ 90.00 |
| D3352 Apexificación/recalcificación—reemplazo de medicamento provisional (incluye las radiografías necesarias) | $ 80.00 |
| D3353 Apexificación/recalcificación—consulta final (incluye radiografías necesarias) | $ 90.00 |
| D3410 Apicectomía—anterior | $ 135.00 |
| D3421 Apicectomía—premolar (primera raíz) | $ 120.00 |
| D3425 Apicectomía—molar (primera raíz) | $ 120.00 |
| D3426 Apicectomía—(cada raíz adicional) | $ 60.00 |
| D3430 Empaste retrógrado—por raíz | $ 40.00 |

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

| | | |
|---|---|---|
| D3450 | Amputación de raíz—por raíz (no cubierta junto con el procedimiento D3920) | $ 95.00 |
| D3910 | Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma | $ 20.00 |
| D3920 | Hemisección no incluida en la terapia de conducto radicular | $ 90.00 |
| D3950 | Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado | $ 15.00 |

| **Periodoncia (tratamiento para las encías)** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D4210 | Gingivectomía o gingivoplastia—cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante | $ 120.00 |
| D4211 | Gingivectomía o gingivoplastia—uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante | $ 55.00 |
| D4240 | Colgajo gingival, alisado radicular incluido—cuatro o más dientes, por cuadrante | $ 150.00 |
| D4241 | Colgajo gingival, alisado radicular incluido—de uno a tres dientes, por cuadrante | $ 120.00 |
| D4245 | Colgajo de reposición apical | $ 175.00 |
| D4249 | Alargamiento clínico de corona—tejido duro | $ 150.00 |
| D4260 | Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre)—cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante | $ 350.00 |
| D4261 | Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre)—de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante | $ 325.00 |
| D4263 | Injerto de reemplazo óseo—diente natural retenido—primer sitio del cuadrante | $ 180.00 |
| D4264 | Injerto de reemplazo óseo—diente natural retenido—cada sitio adicional del cuadrante | $ 95.00 |
| D4265 | Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando, por sitio | $ 95.00 |
| D4266 | Regeneración tisular guiada, dientes naturales – barrera reabsorbible, por sitio | $ 230.00 |
| D4267 | Regeneración tisular guiada, dientes naturales – barrera no reabsorbible, por sitio | $ 275.00 |
| D4270 | Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando | $ 260.00 |
| 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 | $ 350.00 |
| D4274 | Procedimiento de acuñamiento distal/mesial, un solo diente (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica) | $ 90.00 |
| 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 | $ 380.00 |
| 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 | $ 265.00 |
| 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 | $ 130.00 |
| 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 | $ 210.00 |
| 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 | $ 228.00 |
| D4322 | Férula – intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas | $ 95.00 |
| D4323 | Férula – extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas | $ 85.00 |
| 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) | $ 55.00 |
| D4342 | Alisado y raspado radicular periodontal, uno atres dientes por cuadrante (se pagará un máximo de cuatro cuadrantes en cualquier combinación, por 24 meses calendario) | $ 50.00 |
| 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) | $ 55.00 |
| D4355 | Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación periodontal integral y diagnóstico en una consulta posterior (una vez cada cinco años) | $ 50.00 |
| 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) | $ 60.00 |
| D4910 | Mantenimiento periodontal (cubierto solo después de la terapia periodontal activa) | $ 45.00 |

| **Extracciones/cirugía oral y maxilofacial** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D7111 | Extracción, restos coronarios—diente primario | sin cargo |
| D7140 | Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación o fórceps) | sin cargo |
| D7210 | Extracción, diente erupcionado que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica | $ 40.00 |

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

| | | |
|---|---|---|
| D7220 | Extracción de diente impactado—tejido blando | $ 55.00 |
| D7230 | Extracción de diente impactado—parcialmente osificado | $ 70.00 |
| D7240 | Extracción de diente impactado—completamente osificado | $ 85.00 |
| D7241 | Extracción de diente impactado—completamente osificado, con complicaciones poco comunes según informe | $ 110.00 |
| D7250 | Extracción quirúrgica de raíces residuales de diente | $ 40.00 |
| D7260 | Cierre de fístula oroantral | $ 350.00 |
| D7261 | Cierre primario de perforación sinusal | $ 225.00 |
| D7270 | Reimplantación o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente | $ 55.00 |
| D7280 | Exposición de un diente no erupcionado (sin incluir las muelas del juicio) | $ 100.00 |
| D7282 | Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar su erupción | $ 90.00 |
| D7285 | Biopsia quirúrgica de tejido oral duro (hueso, diente) | $ 350.00 |
| D7286 | Biopsia quirúrgica de tejido oral blando (todo lo demás) | $ 120.00 |
| D7287 | Obtención de muestra para estudio citológico de descamación | $ 50.00 |
| D7288 | Biopsia por cepillado—obtención de muestra transepitelial | $ 55.00 |
| D7310 | Alveoloplastia junto con extracciones—por cuadrante | $ 40.00 |
| D7311 | Alveoloplastia junto con extracciones—uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $ 15.00 |
| D7320 | Alveoloplastia aparte de extracciones—por cuadrante | $ 75.00 |
| D7321 | Alveoloplastia aparte de extracciones—uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante | $ 30.00 |
| D7450 | Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno—de hasta 1.25 cm | $ 160.00 |
| D7451 | Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno—mayor de 1.25 cm | $ 235.00 |
| D7471 | Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) | $ 90.00 |
| D7472 | Extracción de torus palatino | $ 65.00 |
| D7473 | Extracción de torus mandibular | $ 65.00 |
| D7485 | Reducción de tuberosidad ósea | $ 60.00 |
| D7510 | Incisión y drenaje de absceso—tejido blando intraoral | $ 35.00 |
| D7970 | Escisión de tejido hiperplásico—por arco | $ 85.00 |
| D7971 | Escisión gingival pericoronal | $ 55.00 |

| **Reparaciones de prótesis** | | **El afiliado paga** |
|---|---|---|
| D5511* | Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa, mandibular | $ 35.00 |
| D5512* | Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa, maxilar | $ 35.00 |
| D5520* | Reemplazo de dientes faltantes o rotos—dentadura postiza completa (cada diente) | $ 35.00 |
| D5611* | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular | $ 35.00 |
| D5612* | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar | $ 35.00 |
| D5621* | Reparación de estructura parcial fundida, mandibular | $ 35.00 |
| D5622* | Reparación de estructura parcial fundida, maxilar | $ 35.00 |
| D5630* | Reparación o reemplazo de materiales de retención o ganchos rotos—por diente | $ 35.00 |
| D5640* | Reemplazo de dientes rotos—por diente | $ 35.00 |
| D5650* | Añadir diente a dentadura postiza parcial existente | $ 35.00 |
| D5670* | Reemplazo de todos los dientes y del acrílico en estructura de metal fundido—maxilar | $ 210.00 |
| D5671* | Reemplazo de todos los dientes y del acrílico en estructura de metal fundido—mandibular | $ 225.00 |
| D5710* | Rebasado de dentadura postiza maxilar completa | $ 200.00 |
| D5711* | Rebasado de dentadura postiza mandibular completa | $ 200.00 |
| D5720* | Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar | $ 200.00 |
| D5721* | Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular | $ 200.00 |
| D5725* | Rebasado de prótesis híbrida | $ 200.00 |
| D5730 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo) | $ 60.00 |
| D5731 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo) | $ 60.00 |
| D5740 | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo) | $ 60.00 |
| D5741 | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo) | $ 60.00 |
| D5750* | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto) | $ 95.00 |
| D5751* | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto) | $ 95.00 |
| D5760* | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto) | $ 95.00 |
| D5761* | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto) | $ 95.00 |
| D5765* | Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial – indirecto | $ 95.00 |
| D5810* | Dentadura postiza provisional completa (maxilar) | $ 250.00 |
| D5811* | Dentadura postiza provisional completa (mandibular) | $ 250.00 |
| D5820* | Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)—maxilar | $ 80.00 |
| D5821* | Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)—mandibular | $ 80.00 |
| D5850 | Acondicionamiento del tejido, maxilar | $ 30.00 |
| D5851 | Acondicionamiento del tejido, mandibular | $ 30.00 |
| D6214* | Puente fijo—titanio y aleación de titanio | $ 270.00 |
| D6245* | Puente fijo—porcelana/cerámica | $ 270.00 |

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

D6250* Puente fijo—resina con metal muy noble ..... $ 270.00
D6251 Puente fijo—resina con metal predominantemente básico..... $ 270.00
D6252* Puente fijo—resina con metal noble ..... $ 270.00
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..... $ 250.00
D6548* Retenedor—porcelana/cerámica, prótesis fija adherida con resina..... $ 250.00
D6549 Retenedor de resina—para prótesis fija adherida con resina..... $ 250.00
D6600* Incrustación inlay de anclaje—porcelana/cerámica, dos superficies..... $ 270.00
D6601* Incrustación inlay de anclaje—porcelana/cerámica, tres o más superficies..... $ 270.00
D6602* Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado muy noble, dos superficies ..... $ 270.00
D6603* Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado muy noble, tres o más superficies ..... $ 270.00
D6604 Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado predominantemente básico, dos superficies .... $ 270.00
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 ..... $ 270.00
D6606* Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado noble, dos superficies ..... $ 270.00
D6607* Incrustación inlay de anclaje—metal moldeado noble, tres o más superficies ..... $ 270.00
D6608* Incrustación onlay de anclaje—porcelana/cerámica, dos superficies..... $ 270.00
D6609* Incrustación onlay de anclaje—porcelana/cerámica, tres o más superficies..... $ 270.00
D6610* Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado muy noble, dos superficies ..... $ 270.00
D6611* Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado muy noble, tres o más superficies.... $ 270.00
D6612 Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado predominantemente básico, dos superficies..... $ 270.00
D6613 Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado predominantemente básico, tres o más superficies ..... $ 270.00
D6614* Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado noble, dos superficies ..... $ 270.00
D6615* Incrustación onlay de anclaje—metal moldeado noble, tres o más superficies..... $ 270.00
D6624* Incrustación inlay de anclaje de titanio ..... $ 270.00
D6634* Incrustación onlay de anclaje de titanio ..... $ 270.00
D6710* Corona de anclaje—indirecta de compuesto a base de resina..... $ 270.00
D6720* Corona de anclaje—resina con metal muy noble..... $ 270.00
D6721 Corona de anclaje—resina con metal predominantemente básico..... $ 270.00
D6722* Corona de anclaje—resina con metal noble ..... $ 270.00
D6740* Corona de anclaje—porcelana/cerámica..... $ 280.00
D6780* Corona de anclaje—moldeada 3/4 de metal muy noble..... $ 270.00
D6781 Corona de anclaje—moldeada 3/4 de metal predominantemente básico..... $ 270.00
D6782* Corona de anclaje—moldeada 3/4 de metal noble..... $ 270.00
D6783* Corona de anclaje—3/4 de porcelana/cerámica, dentadura postiza ..... $ 270.00
D6784 Corona de anclaje—3/4 de titanio y aleaciones de titanio ..... $ 270.00

| **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 | $ 83.00 |
| D9223 Sedación profunda/anestesia general—cada incremento de 15 minutos siguiente | $ 71.00 |
| D9230 Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis. | $ 15.00 |
| D9239 Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa—primeros 15 minutos | $ 83.00 |
| D9243 Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa—cada incremento de 15 minutos siguiente | $ 71.00 |
| D9450 Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento | sin cargo |
| D9951 Ajuste oclusal—limitado | $ 35.00 |
| D9952 Ajuste oclusal—completo | $ 165.00 |

| **Blanqueado** | **El afiliado paga** |
|---|---|
| D9972 Blanqueado externo en consultorio—por arco | $ 175.00 |
| D9975 Blanqueado externo en casa—por arco | $ 175.00 |

| **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.*

**Implantes** (disponibles para grupos de 10 o más inscritos)

**Cobertura para implantes:**

- Implantes y prótesis soportadas por implantes cubiertas con un 50% de coseguro
- Beneficio máximo anual de $1,500
- Beneficio máximo de por vida de $10,000

TENGA EN CUENTA:

- No todos los dentistas participantes realizan todos los procedimientos detallados en la lista, incluidas las amalgamas. Consulte a su dentista antes del tratamiento para verificar la disponibilidad de todos los servicios.
- 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).