

Acerca de su plan

Una buena salud oral conduce a algo más que una sonrisa atractiva. Las investigaciones demuestran que la salud oral, los cuidados preventivos y las consultas regulares al dentista son parte integral para la salud general.¹

El Dental Value HI215 es un plan dental HMO que cubre servicios dentales preventivos, básicos y mayores que presta el dentista de cuidado primario que elija de nuestra red dental. Este plan no tiene períodos de carencia, no hay que presentar reclamaciones, no hay un máximo anual ni deducibles. Los copagos por los servicios enumerados solo se aplican a un dentista de cuidado primario participante. Visite [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare) para encontrar un dentista participante.

Quién se puede inscribir en este plan – Todas las personas se pueden inscribir en este plan.

¿Qué puede esperar?

- Cuando se inscriba en este plan, deberá elegir un dentista general como su dentista de cuidado primario de nuestra red. Si desea cambiar de dentista de cuidado primario en el futuro, comuníquese con Servicio al cliente o visite [HumanaOneMembers.com](https://www.humana.com/FindCare) para actualizar su plan.
- Los copagos por servicios se pagan directamente a su dentista de cuidado primario cuando recibe cuidado dental. Tenga en cuenta que su dentista de cuidado primario puede o no prestar servicios para todos los códigos ADA enumerados.
- Los servicios que prestan especialistas no están cubiertos por estos copagos y, en algunos casos, solo están disponibles a través de un especialista, como los procedimientos de cirugía oral. No obstante, puede recibir servicios de un especialista de la red y obtener un descuento del 25%. Para encontrar un proveedor dental de la red, incluidos especialistas, visite [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare).

Cómo funciona su plan

A continuación, se ofrece un resumen de los beneficios de Dental Value HI215. Los servicios marcados con un solo asterisco (*) requieren pago separado de cargos de laboratorio. Los cargos de laboratorio deben pagarse al dentista de cuidado primario, además de cualquier copago por servicio aplicable.

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Diagnóstico			
D0120	Evaluación oral periódica: paciente establecido	Dos por año calendario	Sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada: centrada en el problema	Sin límite	Sin cargo
D0145	Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y asesoría con la persona encargada de su cuidado		Sin cargo
D0150	Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	Dos por año calendario	Sin cargo
D0160	Evaluación oral detallada y extensa: centrada en el problema, por informe	Sin límite	Sin cargo
D0170	Reevaluación: limitada, centrada en el problema (paciente establecido; no consulta postoperatoria)		Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido	Dos por año calendario	\$35
D0210	Radiografía intraoral: serie integral de imágenes radiográficas	Uno cada tres años	Sin cargo
D0220	Radiografía intraoral: primera imagen radiográfica periapical	Sin límite	Sin cargo
D0230	Radiografía intraoral: cada imagen radiográfica periapical adicional		Sin cargo
D0240	Radiografía intraoral: imagen radiográfica oclusal		Sin cargo
D0250	Radiografía extraoral: imagen radiográfica de proyección 2D creada con una fuente de radiación estacionaria y un detector.		Sin cargo
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	Dos por año calendario	Sin cargo
D0270	Radiografía de mordida: imagen radiográfica única		Sin cargo
D0272	Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas		Sin cargo
D0273	Radiografía de mordida: tres imágenes radiográficas		Sin cargo
D0274	Radiografía de mordida: cuatro imágenes radiográficas		Sin cargo
D0277	Radiografías de mordida verticales - de 7 a 8 radiografías		Sin cargo
D0330	Imagen de radiografía panorámica	Uno cada tres años	Sin cargo
D0350	Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida de forma intraoral o extraoral	Sin límite	Sin cargo
D0415	Obtención de muestras de microorganismos para cultivo y sensibilidad		Sin cargo
D0425	Pruebas de propensión a las caries		Sin cargo
D0431	Prueba complementaria de prediagnóstico que ayuda a detectar anomalías de la mucosa, incluidas las lesiones premalignas y malignas, sin incluir procedimientos de citología o biopsia.		\$70
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	No están cubiertas si se hace un tratamiento de conducto radicular	Sin cargo
D0470	Modelos de diagnóstico	Sin límite	Sin cargo
D0472	Recolección de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito		Sin cargo
D0473	Recolección de tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito		Sin cargo
D0474	Recolección de tejido, examen macroscópico y microscópico, incluida evaluación de márgenes quirúrgicos para detectar presencia de enfermedad, preparación y transmisión de informe escrito		Sin cargo

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Servicios preventivos			
D1110	Profilaxis adultos (eliminación de placa, sarro y manchas de las estructuras dentales e implantes en la dentición permanente y de transición. Su objetivo es controlar los factores irritativos locales).	Dos por año calendario, mayores de 14 años	Sin cargo
D1120	Profilaxis: niños	Dos por año calendario, menores de 13 años	Sin cargo
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	Dos por año calendario, menores de 15 años	Sin cargo
D1208	Aplicación tópica de flúor, excluyendo barniz	Dos por año calendario	Sin cargo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin límite	Sin cargo
D1320	Asesoramiento sobre el uso de tabaco para control y prevención de enfermedades orales		Sin cargo
D1330	Instrucciones para la higiene bucal		Sin cargo
D1351	Sellador - por diente	Solo dientes permanentes, menores de 16 años	\$20
D1510*	Mantenedor de espacio - fijo, unilateral - por cuadrante, excluye un mantenedor de espacio de zapatilla distal	14 años o menos	\$95
D1516	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, maxilar		\$135
D1517	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, mandibular		\$135
D1520*	Mantenedor de espacio - removible, unilateral, por cuadrante		\$105
D1526	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, maxilar		\$115
D1527	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, mandibular		\$115
D1551*	Recementado o refijación de mantenedor de espacio - maxilar	Sin límite	\$20
D1552*	Recementado o refijación de mantenedor de espacio - mandibular		\$20
D1553*	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral - por cuadrante		\$20
D1575	Mantenedor de espacio de zapatilla distal: fijo, unilateral - por cuadrante	14 años o menos	\$205
Restaurativos			
D2140	Amalgama: una superficie, dientes temporales o permanentes	Sin límite	\$30
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes temporales o permanentes		\$35
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes temporales o permanentes		\$40
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes temporales o permanentes		\$45
D2940	Colocación de restauración directa provisional		\$25

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Resina restaurativa			
D2330	Composite a base de resina: una superficie, anterior (frontal)	Sin límite	\$45
D2331	Composite a base de resina: dos superficies, anterior (frontal)		\$60
D2332	Composite a base de resina: tres superficies, anterior (frontal)		\$75
D2335	Composite a base de resina: cuatro o más superficies (frontal)		\$95
D2390	Composite a base de resina: corona , anterior		\$90
D2391	Composite a base de resina: una superficie, posterior (atrás)		\$70
D2392	Composite a base de resina: dos superficies, posterior (atrás)		\$90
D2393	Composite a base de resina: tres superficies, posterior (atrás)		\$110
D2394	Composite a base de resina: cuatro o más superficies, posterior (atrás)		\$130
D2510*	Incrustación inlay metálica: una superficie (beneficio alternativo solamente)	Se limita a uno por diente cada cinco años	\$345
D2520*	Incrustación inlay metálica: dos superficies (beneficio alternativo solamente)		\$355
D2530*	Incrustación inlay metálica: tres o más superficies (beneficio alternativo solamente)		\$365
D2542*	Incrustación onlay metálica: dos superficies		\$370
D2543*	Incrustación onlay metálica: tres superficies		\$380
D2544*	Incrustación onlay metálica: cuatro o más superficies		\$390
D2610*	Incrustación inlay de porcelana/cerámica: una superficie (beneficio alternativo solamente)		\$370
D2620*	Incrustación inlay de porcelana/cerámica: dos superficies (beneficio alternativo solamente)		\$380
D2630*	Incrustación inlay de porcelana/cerámica: tres o más superficies (beneficio alternativo solamente)		\$390
D2642*	Incrustación onlay de porcelana/cerámica: dos superficies		\$395
D2643*	Incrustación onlay de porcelana/cerámica: tres superficies		\$405
D2644*	Incrustación onlay de porcelana/cerámica: cuatro o más superficies		\$415
D2650*	Incrustación inlay de composite a base de resina: una superficie (beneficio alternativo solamente)		\$345
D2651*	Incrustación inlay de composite a base de resina: dos superficies (beneficio alternativo solamente)		\$355
D2652*	Incrustación inlay de composite a base de resina: tres o más superficies (solo beneficio alternativo)		\$365
D2662*	Incrustación onlay de composite a base de resina: dos superficies		\$370
D2663*	Incrustación onlay de composite a base de resina: tres superficies	Se limita a uno por diente cada cinco años	\$380
D2664*	Incrustación onlay de composite a base de resina: cuatro o más superficies		\$410

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Coronas y puentes			
D2710*	Corona: composite a base de resina (indirecto)	Un por diente cada cinco años	\$410
D2712*	Corona: composite a base de resina 3/4 (indirecto)		\$410
D2720*	Corona: resina con metal altamente noble		\$410
D2721	Corona: resina con metal predominantemente base		\$410
D2722*	Corona: resina con metal noble		\$410
D2740*	Corona: porcelana/cerámica		\$410
D2750*	Corona: porcelana fundida con metal altamente noble		\$410
D2751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente base		\$410
D2752*	Corona: porcelana fundida con metal noble		\$410
D2753*	Corona: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio		\$410
D2780*	Corona: 3/4 de metal fundido altamente noble		\$410
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente base		\$410
D2782*	Corona: 3/4 de metal noble fundido		\$410
D2783*	Corona: 3/4 porcelana/cerámica		\$410
D2790*	Corona: fundición completa de metal altamente noble		\$410
D2791	Corona: fundición completa de metal predominantemente base		\$410
D2792	Corona: fundición completa de metal noble		\$410
D2794*	Corona: titanio y aleaciones de titanio		\$410
D2799	Corona provisional - se necesita más tratamiento o completar el diagnóstico antes de la impresión final		Sin cargo
D2910	Recementado o readhesión de incrustaciones inlay y onlay, carillas o reconstitución de cobertura parcial	Sin límite	\$25
D2915	Recementado o readhesión de perno y muñón fabricados indirectamente o prefabricados		Sin cargo
D2920	Recementado o readhesión de corona		\$25
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente permanente	Se limita a uno por diente cada cinco años	\$35
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente primario	Alternativa a D2930	\$110
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente primario	Se limita a uno por diente cada cinco años	\$110
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente		\$35
D2932	Corona prefabricada de resina		\$110
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina		\$110
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con revestimiento estético - diente primario		\$110
D2950	Reconstrucción del muñón dental, incluye pernos cuando sea necesario	Sin límite	\$80
D2951	Retención con perno: por diente, además de la restauración		\$25
D2952*	Perno y muñón colados, además de corona, de fabricación indirecta		\$175
D2953*	Cada perno adicional fabricado indirectamente: el mismo diente		\$140
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de corona		\$120

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Coronas y puentes (continuación)			
D2955	Eliminación posterior	Sin límite	\$20
D2957	Cada perno adicional prefabricado: el mismo diente		\$45
D2960	Carilla labial (laminado de resina) - directa		\$290
D2961*	Carilla labial (laminado de resina) – indirecta		\$425
D2962*	Carilla labial (laminado de porcelana) - indirecta		\$475
D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona a la estructura de una dentadura postiza parcial existente		\$70
D2980	Reparación de corona necesaria por fallo del material de restauración		\$25
D2981	Reparación de incrustación inlay necesaria por fallo del material de restauración	Alternativa a D2980	\$25
D2982	Reparación de incrustación onlay necesaria por fallo del material de restauración		\$25
D2983	Reparación de carilla debido a falla del material de restauración		\$25
D6940	Amortiguador de tensión	Sin límite	\$170
D6950	Fijación de precisión		\$220
Prostodoncia (fija)			
D6210*	Póntico: metal altamente noble fundido	Sustitución limitada a cada cinco años	\$410
D6211	Póntico: metal predominantemente base fundido		\$410
D6212*	Póntico: metal noble fundido		\$410
D6240*	Póntico: porcelana fundida con metal altamente noble		\$410
D6241	Póntico: porcelana fundida con metal predominantemente base		\$410
D6242*	Póntico: porcelana fundida con metal noble		\$410
D6243*	Póntico: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio		\$410
D6750*	Corona de anclaje: porcelana fundida con metal altamente noble	Sustitución limitada a cada cinco años	\$410
D6751	Corona de anclaje: porcelana fundida con metal predominantemente base		\$410
D6752*	Corona de anclaje: porcelana fundida con metal noble		\$410
D6753*	Corona de anclaje: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio		\$410
D6790*	Corona de anclaje: fundición completa de metal altamente noble		\$410
D6791	Corona de anclaje: fundición completa de metal predominantemente base		\$410
D6792*	Corona de anclaje: fundición completa de metal noble		\$410
D6794*	Corona de anclaje: titanio y aleaciones de titanio		\$410
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija	Sin límite	\$45
Prostodoncia (sustituciones)			
D5110*	Dentadura postiza completa: maxilar	Sustitución limitada a cada cinco años	\$550
D5120*	Dentadura postiza completa: mandibular		\$550
D5130*	Dentadura postiza de inmediato: maxilar		\$550
D5140*	Dentadura postiza de inmediato: mandibular		\$550
D5211*	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		\$495

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Prostodoncia (sustituciones) (continuación)			
D5212*	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)	Sustitución limitada a cada cinco años	\$495
D5213*	Dentadura postiza parcial maxilar: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		\$525
D5214*	Dentadura postiza parcial mandibular: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		\$525
D5221*	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		\$385
D5222*	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		\$385
D5223*	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		\$605
D5224*	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		\$605
D5225*	Dentadura postiza parcial maxilar: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		\$525
D5226*	Dentadura postiza parcial mandibular: base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)		\$525
D5227*	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base flexible (incluidos injertos de metal, apoyos y dientes)		\$525
D5228*	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes)		\$525
D5282*	Dentadura postiza parcial removible unilateral: metal fundido de una pieza (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes), maxilar		\$445
D5283*	Dentadura postiza parcial removible unilateral: metal fundido de una pieza (incluidos los materiales retentivos/sujeción, los apoyos y los dientes), mandibular		\$445
D5284*	Dentadura postiza parcial removible unilateral: base flexible de una pieza (incluidos los materiales retentivos/sujeción, los apoyos y los dientes): por cuadrante		\$445
D5286*	Dentadura postiza parcial removible unilateral: resina de una sola pieza (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes): por cuadrante		\$445
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Límite de una vez por año	\$25
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular		\$25

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Prostodoncia (sustituciones) (continuación)			
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	Límite de una vez por año	\$25
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular		\$25
D5660*	Colocación de injerto de metal en dentadura postiza parcial existente: por diente	Sustitución limitada a cada cinco años	\$110
Endodoncia			
D3110	Recubrimiento pulpar: directo (excluida la restauración final)	Cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida	\$25
D3120	Recubrimiento pulpar: indirecto (excluida la restauración final)		\$20
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluida la restauración final): extracción de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento		\$65
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes		\$135
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior, primario (excluida la restauración final)		\$65
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior, primario (excluida la restauración final)		\$100
D3310	Terapia endodóntica, diente anterior (excluida la restauración final)		\$175
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (excluida la restauración final)		\$270
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (excluida la restauración final)		\$390
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular; acceso no quirúrgico		\$110
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente inoperable, no reabsorbible o fracturado		\$110
D3333	Reparación radicular interna de defectos de perforación		\$120
D3351	Apexificación/recalcificación: consulta inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)		\$140
D3352	Apexificación/recalcificación: reemplazo provisional de medicamentos		\$100
D3353	Apexificación/recalcificación: consulta final (incluye tratamiento de conducto radicular completo, cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)		\$140
D3410	Apicectomía: anterior		\$210
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz)		\$220
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)		\$220
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	Cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida	\$90
D3430	Empaste retrógrado: por raíz		\$55
D3450	Amputación radicular: por raíz	No está cubierto junto con el procedimiento D3920	\$130
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma	Cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida	\$50

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Endodoncia (continuación)			
D3920	Hemisección (incluida cualquier extirpación radicular), sin incluir el tratamiento del conducto radicular	Cada procedimiento está limitado a una vez por diente de por vida	\$120
D3950	Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado		\$25
Periodoncia			
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Sin límite	\$195
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante		\$100
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante		\$220
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante		\$150
D4245	Colgajo en posición apical		\$225
D4249	Alargamiento clínico de corona: tejido duro		\$220
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de injerto de espesor total y cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante		\$425
D4261	Cirugía periodontal (incluye elevación de injerto de espesor total y cierre): uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante		\$400
D4263	Injerto de sustitución ósea: diente natural retenido; primer sitio del cuadrante		\$290
D4264	Injerto de sustitución ósea: diente natural retenido; cada sitio adicional en el cuadrante		\$200
D4265	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando: por sitio		\$135
D4266	Regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera reabsorbible, por sitio		\$360
D4267	Regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera no reabsorbible, por sitio		\$425
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pedicular		\$335
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conjuntivo autógeno (incluidas los sitios quirúrgicos donante y receptor) posición del primer diente, implante o diente edéntulo en el injerto		\$425
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica)		\$120
D4275	Injerto de tejido conjuntivo no autógeno (incluido el sitio receptor y el material donante) posición del primer diente, implante o diente edéntulo en el injerto		\$460
D4277	Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluidas los sitios quirúrgicos receptor y donante) posición del primer diente, implante o diente edéntulo en el injerto		\$340

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Periodoncia (continuación)			
D4278	Procedimiento gratuito de injerto de tejido blando (incluidas los sitios quirúrgicos receptor y donante) cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio de injerto	Sin límite	\$17
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conjuntivo autógeno (incluidas los sitios quirúrgicos donante y receptor): cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio de injerto.		\$255
D4285	Procedimiento de injerto no autógeno de tejido conectivo (incluye sitio quirúrgico de receptor y material de donante) por cada diente contiguo, implante o posicionamiento de diente adicional en el mismo sitio de injerto en pacientes desdentados		\$276
D4322	Férula - intracoronal, dientes naturales o coronas protésicas		\$135
D4323	Férula: extracoronal, dientes naturales o coronas protésicas		\$115
D4341	Alisado y raspado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante	Se pagará un máximo de cuatro (4) cuadrantes en cualquier combinación, por 2 años	\$85
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal: de uno a tres dientes por cuadrante		\$70
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, tras evaluación oral	Uno cada tres años	\$80
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal completa y un diagnóstico en una consulta posterior	Uno cada cinco años	\$80
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos mediante un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	Se limita a uno por diente cada doce (12) meses hasta un máximo de tres (3) sitios del diente por cuadrante, y hecho no menos de tres (3) meses después de la terapia periodontal activa.	\$70
D4910	Mantenimiento periodontal	Cubierto solo después de la terapia periodontal activa	\$70
Extracciones/cirugía oral y maxilofacial			
D7111	Extracción de restos coroneales: diente primario	Sin límite	Sin cargo
D7140	Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	Incluye la eliminación de la estructura dental, un alisado menor del hueso mandibular y el cierre, según sea necesario.	\$55
D7210	Extracción de diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado	Sin límite	\$60
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando		\$75
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente recubierto en hueso		\$95
D7240	Extracción de diente impactado: completamente recubierto en hueso		\$135

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Extracciones/cirugía oral y maxilofacial (continuación)			
D7241	Extracción de diente impactado: completamente recubierto en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales.	Sin límite	\$175
D7250	Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)		\$50
D7260	Cierre de la fistula oroantral		\$450
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal		\$275
D7270	Reimplantación y/o estabilización de un diente desplazado o expulsado accidentalmente		\$95
D7280	Exposición de un diente no erupcionado		\$160
D7282	Movilización del diente erupcionado o mal posicionado para facilitar la erupción		\$120
D7284	Biopsia escisional de glándulas salivales menores		\$200
D7285	Biopsia incisional de tejido oral duro (hueso, diente)		\$450
D7286	Biopsia incisional de tejido oral blando		\$155
D7287	Recogida de muestras citológicas exfoliativas		\$70
D7288	Biopsia por cepillado: recogida de muestras transepiteliales		\$75
D7310	Alveoloplastia en combinación con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante		\$50
D7311	Alveoloplastia en combinación con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante		\$25
D7320	Alveoloplastia no asociada a extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante		\$90
D7321	Alveoloplastia no asociada a extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante		\$65
D7450	Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm		\$210
D7451	Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm		\$285
D7471	Extirpación de la exostosis lateral (maxilar o mandíbula)		\$130
D7472	Extirpación del torus palatinus		\$80
D7473	Extirpación del torus mandibularis		\$80
D7485	Reducción de tuberosidad ósea		\$75
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico		\$100
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral		\$45
D7970	Escisión de tejido hiperplásico: por arcada		\$100
D7971	Escisión de la encía pericoronar		\$65
Reparación de prótesis			
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	Sin límite	\$65
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar		\$65
D5520*	Sustitución de dientes perdidos o rotos: dentadura postiza completa (por diente)		\$65
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular		\$65
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar		\$65

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Reparación de prótesis (continuación)			
D5621	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	Sin límite	\$65
D5622	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar		\$65
D5630*	Reparación o reemplazo de materiales de retención o ganchos rotos: por diente		\$65
D5640*	Sustitución de dientes perdidos o rotos: dentadura postiza parcial (por diente)		\$65
D5650*	Colocación de un diente en la dentadura postiza parcial existente (por diente)		\$60
D5670*	Sustitución de todos los dientes yacrílico sobre estructura metálica fundida (maxilar)		\$255
D5671*	Sustitución de todos los dientes yacrílico sobre estructura metálica fundida (mandibular)		\$350
D5710*	Reemplazo del material de base de dentadura postiza maxilar completa		\$230
D5711*	Reemplazo del material de base de dentadura postiza mandibular completa		\$230
D5720*	Reemplazo del material de base de dentadura postiza parcial maxilar		\$230
D5721*	Reemplazo del material de base de dentadura postiza parcial mandibular		\$230
D5725*	Reemplazo del material de base de prótesis híbrida		\$230
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directa)		\$110
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directa)		\$110
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directa)		\$110
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directa)		\$110
D5750*	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecta)		\$180
D5751*	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecta)		\$180
D5760*	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecta)		\$180
D5761*	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecta)		\$180
D5765*	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial (indirecta)		\$180
D5810*	Dentadura postiza completa provisional (maxilar)		\$300
D5811*	Dentadura postiza completa provisional (mandibular)		\$300
D5820*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - maxilar		\$210
D5821*	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) - mandibular		\$210
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar		\$45
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular		\$45
D6214*	Póntico: titanio y aleaciones de titanio		\$410
D6245*	Póntico: porcelana/cerámica		\$410
D6250*	Póntico: resina con metal altamente noble		\$410
D6251	Póntico: resina con metal predominantemente base		\$410

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Reparación de prótesis (continuación)			
D6252*	Póntico: resina con metal noble	Sin límite	\$410
D6253*	Póntico provisional: es necesario un tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de la impresión definitiva		Sin cargo
D6545*	Retenedor: metal fundido para prótesis fijas unidas con resina		\$300
D6548*	Retenedor: porcelana/cerámica para prótesis fijas unidas con resina		\$300
D6600*	Incrustación inlay del retenedor: porcelana/cerámica, dos superficies		\$410
D6601*	Incrustación inlay del retenedor: porcelana/cerámica, tres o más superficies		\$410
D6602*	Incrustación inlay del retenedor: metal altamente noble fundido, dos superficies		\$410
D6603*	Incrustación inlay del retenedor: metal altamente noble fundido, tres o más superficies		\$410
D6604	Incrustación inlay del retenedor: metal predominantemente base fundido, dos superficies		\$410
D6605	Incrustación inlay del retenedor: metal predominantemente base fundido, tres o más superficies		\$410
D6606*	Incrustación inlay del retenedor: metal noble fundido, dos superficies		\$410
D6607*	Incrustación inlay de retenedor: metal noble fundido, tres o más superficies		\$410
D6608*	Incrustación onlay de retenedor: porcelana/cerámica, dos superficies		\$410
D6609*	Incrustación onlay de retenedor: porcelana/cerámica, tres o más superficies		\$410
D6610*	Incrustación onlay de retenedor: metal altamente noble fundido, dos superficies		\$410
D6611*	Incrustación onlay de retenedor: metal altamente noble fundido, tres o más superficies		\$410
D6612	Incrustación onlay de retenedor: metal predominantemente base fundido, dos superficies		\$410
D6613	Incrustación onlay de retenedor: metal predominantemente base fundido, tres o más superficies		\$410
D6614*	Incrustación onlay de retenedor: metal noble fundido, dos superficies		\$410
D6615*	Incrustación onlay de retenedor: metal noble fundido, tres o más superficies		\$410
D6624*	Incrustación inlay de retenedor: titanio		\$410
D6634*	Incrustación onlay de retenedor: titanio		\$410
D6710*	Corona de anclaje: composite indirecto a base de resina		\$410
D6720*	Corona de anclaje: resina con metal altamente noble		\$410
D6721	Corona de anclaje: resina con metal predominantemente base		\$410
D6722*	Corona de anclaje: resina con metal noble		\$410
D6740*	Corona de anclaje: porcelana/cerámica		\$410
D6780*	Corona de anclaje: 3/4 de metal fundido altamente noble		\$410

Código de la Asociación Dental Americana (ADA)	Descripción del beneficio	Frecuencia/limitaciones	Copago del afiliado
Reparación de prótesis (continuación)			
D6781	Corona de anclaje: 3/4 de metal predominantemente base fundido	Sin límite	\$410
D6782*	Corona de anclaje: 3/4 de metal noble fundido		\$410
D6783*	Corona de anclaje: 3/4 porcelana/cerámica		\$410
D6784*	Corona de anclaje: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio		\$410
Servicios generales complementarios			
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental: por consulta	Sin límite – solo cubierto en FL y TX	\$20
D9215	Anestesia local en combinación con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin límite	Sin cargo
D9222	Administración de sedación profunda/anestesia general (primer incremento de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)	Se limita a la extracción parcial o completa de dientes osificados impactados	\$102
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		\$87
D9230	Administración de óxido nitroso	Sin límite	\$45
D9239	Administración de sedación moderada (intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)	Se limita a la extracción parcial o completa de dientes osificados impactados	\$102
D9243	Administración de sedación moderada (intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		\$87
D9246	Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		\$87
D9247	Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)		\$87
D9450	Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento	Sin límite	Sin cargo
D9951	Ajuste oclusal: limitado		\$45
D9952	Ajuste oclusal: completo		\$205
Blanqueado			
D9972	Blanqueado externo: por arco - realizado en el consultorio	Sin límite	\$210
D9975	Blanqueamiento externo para aplicaciones en el hogar: por arco, incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas		Sin cargo
Citas			
D9310	Consulta - servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante	Sin límite	\$45
D9430	Consulta médica para observación (durante el horario regular programado) - sin que se realice ningún otro servicio		\$15
D9440	Visita al consultorio - después del horario regular programado		\$55
D9986	Cita incumplida		\$10

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

Tenga en cuenta:

- Si necesita más aclaraciones sobre su cobertura y los beneficios, pida a su dentista una estimación previa al tratamiento.
- No todos los dentistas participantes realizan todos los tratamientos en la lista, incluidas las amalgamas. Consulte a su dentista antes del tratamiento para verificar la disponibilidad de todos los servicios.
- Los empastes de composite (blancos) se cubren solamente para los dientes anteriores (frontales). Se permite un beneficio alternativo 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.
- Los copagos anteriores no incluyen el costo adicional de metales preciosos (muy noble) y semipreciosos (noble).
- Cuando la corona o puente excede seis unidades en el mismo plan de tratamiento, al paciente se le pueden cobrar \$75 adicionales por unidad.

Información importante: Los planes dentales, excluyendo Dental Savings Plus, pueden tener un período de contrato inicial mínimo de un año. Es posible que se aplique una tarifa de inscripción única y no reembolsable (la tarifa no es reembolsable según lo permitan los requisitos estatales). Las tarifas aplicables se divulgan en el momento de la inscripción.

Notas a pie de página

1. "Gum Diseases and Other Diseases," American Academy of Periodontology, se consultó por última vez el 6 de octubre de 2025, <https://www.perio.org/for-patients/gum-disease-information/gum-disease-and-other-diseases/>.

Terminología odontológica actual © 2026 Asociación Dental Estadounidense. Todos los derechos reservados.

Limitaciones y exclusions

Este es un resumen de las limitaciones y las exclusiones para este plan dental individual de Humana. Está diseñado para una referencia conveniente. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. A menos que se especifique lo contrario, no se proveerá ningún beneficio por ni a cuenta de lo siguiente:

El plan no ofrece cobertura por lo siguiente:

- A. El Plan no cubrirá ningún servicio de ningún dentista que no sea un Dentista General Participante o un Dentista Especializado Participante, excepto el cuidado en casos de emergencia descrito en la sección Cuidado en casos de emergencia. Esto no incluye los servicios Necesarios por Razones Odontológicas prestados por Dentistas No Participantes aprobados por el Plan.
- B. Cualquier procedimiento que no se detalla específicamente como un beneficio cubierto en la Lista de Beneficios.
- C. En caso de mora en el pago de las Contribuciones o Copagos, el Afiliado no tendrá derecho a recibir los Beneficios (salvo en caso de tratamiento paliativo [de urgencia]) ni a trasladarse al Centro Odontológico.
- D. Todo aquel tratamiento dental que se haya iniciado antes de la fecha de vigencia de la elegibilidad para los beneficios del Afiliado. Esto no se aplica a Servicios de Cuidado Dental Cubiertos en curso si dicho tratamiento lo completa un Dentista Participante. Esto tampoco se aplica a tratamiento de Ortodoncia en curso que estaba cubierto por el plan anterior del titular del Contrato. Para que lo cubra este Plan, el tratamiento de Ortodoncia debe figurar en la Lista de Beneficios y el tratamiento posterior debe realizarlo un Dentista Participante.
- E. Servicios que, según la opinión del Dentista General Participante, el Dentista Especializado Participante o el Plan, no sean Necesarios por Razones Odontológicas para establecer o mantener la salud oral del Afiliado.
- F. Cualquier servicio que no sea apropiado o que se realice habitualmente para la afección dada no tiene aprobación profesional uniforme, no tiene un pronóstico favorable o es experimental o de investigación.
- G. Cualquier servicio que no sea consistente con los servicios normales y/o usuales que presta el Dentista General Participante o el Dentista Especializado Participante o que, según la opinión del Dentista General Participante o el Dentista Especializado Participante, pondría en peligro la salud del Afiliado.
- H. Cualquier servicio o procedimiento que el Dentista General Participante o el Dentista Especializado Participante no pueda realizar debido a la salud general o a las limitaciones físicas del Afiliado.
- I. Procedimientos, aparatos o restauraciones para cambiar la dimensión vertical, o para diagnosticar o tratar afecciones anormales de la articulación temporomandibular (ATM); o el reemplazo de aparatos extraviados, faltantes o robados;
- J. Servicios prestados principalmente con fines estéticos, a menos que figuren como servicios estéticos cubiertos en su Lista de Beneficios.
- K. Los servicios prestados por un Dentista Pediátrico Participante se limitan a niños de hasta siete años.
- L. No se cubre la extirpación de terceros molares asintomáticos a menos que exista patología (enfermedad). Ejemplos de afecciones sintomáticas son la caries, los quistes, la enfermedad periodontal inmanejable, la infección y la reabsorción del diente adyacente.
- M. Pueden aplicarse limitaciones de frecuencia y/o edad. Consulte su Lista de Beneficios y Copagos para obtener detalles.

Limitaciones y exclusions (continuación)

N. Compensación del trabajador

1. Si los beneficios los pagamos nosotros, pero determinamos que estos fueron para el tratamiento de lesiones corporales o enfermedades que surgieron o fueron sufridas en el curso de cualquier ocupación o empleo por compensación, beneficio o ganancia, nosotros tenemos derecho a recuperar lo pagado. Ejerceremos nuestro derecho de recuperación contra usted.
2. Los derechos de recuperación se aplicarán, aunque ocurra lo siguiente:
 - a. Los beneficios de la Compensación de los Trabajadores se encuentren en litigio o se efectúen mediante acuerdo o transacción.
 - b. No exista una determinación final de que la lesión corporal o la enfermedad se hayan sufrido durante el transcurso de su empleo o como resultado de este.
 - c. La cantidad de la Compensación de los Trabajadores debido a cuidado médico o de la salud no esté acordada o definida por usted o la compañía de seguro médico de la Compensación de los Trabajadores.
 - d. Los beneficios médicos o de cuidado de la salud estén específicamente excluidos del acuerdo o compromiso de Compensación de los Trabajadores.
3. Usted acepta, en consideración a la cobertura que proporciona el Contrato, notificarnos sobre cualquier reclamación de Compensación de los Trabajadores que usted realice, y acepta reembolsarnos según lo descrito anteriormente.

O. Coronas, incrustaciones inlay, incrustaciones onlay o carillas con el fin de:

1. La alteración de la dimensión vertical de los dientes;
2. La restauración o el mantenimiento de una oclusión;
3. Ferulización de dientes, incluidos soportes múltiples; o
4. Reemplazo de una estructura dental perdida como resultado de desgaste (abrasión, atrición, erosión o abfracción).

Ofrecido por DentiCare, Inc. (bajo el nombre de CompBenefits).

Número de póliza: DHMO Contract. TX.001

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.

No se debe enviar dinero a Humana en respuesta a este anuncio y no se puede obtener cobertura según este plan de beneficios de salud sin completar la solicitud de cobertura.