



Custom Humana Dental Traditional Plus

TX Trad+ O1K U&C FLEXE 100/80/50
Katy ISD

TEXAS

Servicios	Dentista dentro de la red		Dentista fuera de la red U&C 90	
Deducible (excluye los servicios de ortodoncia)	Individual: \$50	Familia: \$150	Individual: \$50	Familia: \$150
Monto máximo anual (excluye los servicios de ortodoncia)	\$1,000 + máximo anual extendido (vea la sección debajo)			
Servicios preventivos	100% sin deducible		100% sin deducible	
Exámenes orales de rutina (2 por año)				
Radiografías de mordida (2 juegos de imágenes por año para menores de 10 años y cuatro imágenes por año para mayores de 10 años)				
Radiografías panorámicas (1 por cada 5 años, frecuencia combinada con radiografías de boca completa; a partir de los 6 años)				
Radiografías de boca completa (1 cada 3 años, frecuencia combinada con radiografías panorámicas; a partir de los 12 años)				
Limpiezas de rutina (2 por año)				
Tratamiento con flúor (1 por año, hasta los 13 años)				
Selladores (molares permanentes, hasta los 18 años)				
Pruebas de detección de cáncer oral (1 por año, a partir de los 40 años)				
Cuidado médico en casos de emergencia para el alivio del dolor				
Servicios básicos	80% después del deducible		80% después del deducible	
Empastes de amalgama (1 por diente cada 2 años, resina compuesta para dientes anteriores/delanteros)				
Empastes de resina compuesta (1 por diente cada 2 años, molares)				
Extracciones rutinarias				
Anestesia general¹				
Aparatos de hábitos dañinos para los niños (1 de por vida, hasta los 14 años)				
Limpiezas periodontales (2 por año)				
Mantenedores de espacio (dientes primarios, hasta los 15 años)				

¹ Solo está cubierto en conjunto con procedimientos quirúrgicos orales cubiertos. Pueden aplicarse otras restricciones.



Custom Humana Dental Traditional Plus

TX Trad+ O1K U&C FLEXE 100/80/50

Katy ISD

TEXAS

Servicios	Dentista dentro de la red	Dentista fuera de la red U&C 90
Servicios principales Cirugía oral (incluidas las extracciones de los dientes impactados) Coronas de acero inoxidable Coronas (1 por diente cada 5 años) Incrustación dental/superposición dental (1 por diente cada 5 años) Puentes (1 cada 5 años) Dentaduras postizas (1 cada 5 años) Revestidos/rebasados de dentaduras postizas (1 cada 3 años, después de 6 meses de uso de dentaduras postizas) Reparación y ajustes de la dentadura postiza (después de 6 meses de uso de dentaduras postizas) Implantes (coronas, puentes y dentaduras postizas, cada uno limitado a 1 por diente cada cinco años. Periodoncia (raspado/alisado radicular y cirugía 1 por cuadrante cada 3 años) Endodoncia (conductos radiculares 1 por diente de por vida y 1 nuevo tratamiento)	50% después del deducible	50% después del deducible
Máximo anual extendido Cobertura adicional para servicios preventivos, básicos y principales después de que se alcance el máximo del año calendario (excluye la ortodoncia)	30%	30%
Servicios de ortodoncia Humana reembolsará las reclamaciones fuera de la red basándose en datos internos y externos (incluidos los puntos de referencia de la industria de FairHealth) para establecer límites de reembolso por región geográfica. Los dentistas fuera de la red pueden facturar a los afiliados cargos que superen la cantidad cubierta por el plan dental.	Ortodoncia de adultos y de niños: El plan paga el 50% (sin deducible) de los servicios de ortodoncia cubiertos, hasta: un máximo en ortodoncia de por vida de \$1,000.	

Períodos de espera

Financiamiento patrocinado por el patrono: 5+ empleados afiliados

Tipo de inscripción ²	Servicios preventivos	Básico	Principales ³	Ortodoncia
Inscripción inicial, inscripción abierta y adición a tiempo	No	No	No	No

² La inscripción tardía de los solicitantes tendrá los siguientes períodos de espera: 12 meses de servicios básicos y principales, 12 meses de ortodoncia (24 meses para 5-9 empleados inscritos).

³ Los períodos de espera no se aplican a los servicios de endodoncia o periodoncia a menos que la persona presente tarde la solicitud.

Tarifas bi-mensuales* (24 deducciones al año)	
Empleado:	\$25.77
Empleado y cónyuge:	\$52.30
Empleado e hijo(s):	\$46.91
Familiar:	\$66.10

* El presente documento no sustituye a una cotización. Las tarifas deben ser aprobadas por el departamento de suscripción de Humana Dental.



¿Tiene preguntas?

Visite **es-www.humana.com** o llame al **866-427-7478** de lunes a sábado, de 8 a.m. a 11 p.m., y los domingos, de 11 a.m. a 8 p.m., hora del este. Encuentre un dentista en **Humana.com/findadentist**.



¡Regístrese hoy!

Regístrese o inicie sesión en MyHumana en **es-www.humana.com** para ver los detalles de su cobertura, tarjetas de identificación del afiliado, administrar reclamaciones, encontrar un dentista y más.

Limitaciones y exclusiones (todos los servicios):

Además de las limitaciones y exclusiones que se detallan en la **sección Beneficios de su plan**, esta póliza no brinda beneficios para lo siguiente:

1. Gastos incurridos mientras califica para cualquier programa de compensación laboral o ley o decreto de enfermedad ocupacional, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
2. Servicios:
 - Que sean gratuitos o que usted no estaría obligado a pagar si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos del gobierno de los Estados Unidos o de cualquiera de sus agencias, y que sean reembolsables a estos, según lo exija la ley;
 - Proporcionados por, o pagaderos según, cualquier plan o legislación a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid); o
 - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida que contribuya o haya sido causada por:
 - Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no;
 - Cualquier conflicto armado internacional; o
 - Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier costo que se presentara por completar formularios.
5. Si no asiste a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos cosmético, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental ocasionada mientras usted tenía cobertura según esta póliza. Consideramos que los siguientes procedimientos cosméticos incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Revestimientos de coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide;
 - Cualquier servicio para corregir una malformación congénita;
 - Cualquier servicio que se realice principalmente para mejorar la apariencia;
7. Cargos por:
 - Caracterizaciones y personalización de dispositivos protésicos; o
 - Cualquier procedimiento para cambiar el espaciado o la forma de los dientes.
8. Cualquier servicio relacionado con:
 - Alteración de la dimensión vertical de los dientes;
 - Restauración o mantenimiento de la oclusión;
 - Ferulización de dientes, incluidos múltiples soportes, o cualquier servicio para estabilizar un diente periodontalmente debilitado;
 - Reemplazo de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, atrición, erosión o abfracción; o
 - Registro de mordida o análisis de mordida.
9. Control de infección, que incluye pero no está limitado a técnicas de esterilización.
10. Tarifas para el tratamiento hecho por otra persona que no sea el dentista, excepto para el raspado y limpieza de dientes, y la aplicación tópica de flúor que puede realizarla un higienista dental certificado. El tratamiento se debe realizar bajo la supervisión y el asesoramiento del dentista, de acuerdo con las normas odontológicas generalmente aceptadas.

- Continúa en la página siguiente -



11. Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesta.
 12. Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
 13. Cualquier servicio que no se haya detallado de manera específica en la sección Beneficios de su plan.
 14. Cualquier servicio que:
 - No es elegible para beneficios basados en revisiones clínicas;
 - No ofrezca un pronóstico favorable;
 - No tenga aceptación profesional uniforme; o
 - Se considera de naturaleza experimental o de investigación.
 15. Servicios de ortodoncia, a menos que se especifique en su Resumen de beneficios. Solo los servicios especificados en la cláusula de ortodoncia serán beneficios de ortodoncia cubiertos de conformidad con este plan.
 16. Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que termine su cobertura conforme a esta póliza (a menos que el servicio sea elegible según la Extensión de beneficios).
 17. Cargos que exceden el límite de reembolso para el servicio.
 18. Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
 19. Anestesia local, irrigación, óxido nitroso, bases, recubrimiento pulpar, modelos de estudio, planes de tratamiento, ajustes oclusales o preparación del tejido asociado con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se considerarán parte integral del servicio dental completo.
 20. Servicios dentales temporales.
 21. Reparación y colocación de dispositivos de ortodoncia.
 22. Cualquier tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de cualquier problema de la articulación mandibular, incluidos trastornos de la articulación temporomandibular, afección cráneo maxilar, trastorno cráneo-mandibular u otras afecciones de la articulación que conecta el hueso mandibular y el cráneo; o tratamientos de los músculos faciales usados en funciones relacionadas con la expresión y la masticación; para síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.
 23. Los beneficios de la cirugía oral en virtud de este plan no incluyen:
 - a. Cualquier servicio de cirugía ortognática;
 - b. Cualquier servicio de destrucción de lesiones por cualquier método;
 - c. Cualquier servicio de trasplante dental;
 - d. Cualquier servicio de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad oral;
 - e. Cualquier servicio para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales;
 - f. Cualquier cargo separado por cuidado pre y posoperatorio.
 24. La anestesia general o la sedación consciente no son servicios cubiertos, a menos que se basen en una revisión clínica de documentación proporcionada y administrada por un dentista o profesional médico de cuidado de la salud en conjunto con procedimientos quirúrgicos orales cubiertos, procedimientos quirúrgicos periodontales y óseos o procedimientos quirúrgicos perirradiculares para servicios cubiertos.

No se cubre anestesia general o sedación consciente administradas debido a los siguientes motivos, entre otros:

 1. Control del dolor a menos que se proporcione una alergia documentada a la anestesia local.
 2. Ansiedad.
 3. Miedo al dolor.
 4. Manejo del dolor.
 5. Incapacidad emocional para someterse a cirugía.
 25. Programas de control preventivo que incluyen, entre otros, instrucciones para higiene oral, control de sarro, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia.
 26. El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal duplicado, perdido, robado, dañado o mal colocado.
 27. Cualquier prueba de susceptibilidad a las caries, análisis de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos patológicos orales.
 28. Los cargos separados por cuidado pre y postoperatorio, y reevaluación dentro de los 12 meses no se consideran servicios cubiertos en virtud de los servicios periodontales quirúrgicos de este plan.
 29. No cubrimos servicios que por lo general se consideren servicios médicos, excepto aquellos específicamente detallados en este certificado.
- Cláusula sobre dientes faltantes: Consulte el documento del plan para obtener más detalles
- Asegurado por Humana Insurance Company.
- La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. Sus agentes le proporcionarán limitaciones y exclusiones específicas según lo contenido en la Guía de información técnica y normativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura. La cantidad de beneficios proporcionados depende del plan seleccionado. Las primas variarán según la selección realizada.

Aviso de No Discriminación. Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc. brinda a las personas con discapacidades modificaciones razonables, junto con recursos y servicios auxiliares gratuitos y adecuados para comunicarse eficazmente con nosotros, así como también ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el español, incluidos intérpretes acreditados de lengua de señas e información escrita en otros formatos.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Humana Inc. y sus subsidiarias al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Si cree que Humana Inc. no ha provisto estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico al Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, al **877-320-1235 (TTY: 711)** o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. puede ayudarlo. También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por medios electrónicos a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Afiliados o residentes de California: También puede llamar al número de línea directa gratuita del Departamento de Seguros de California, **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711). Horario de atención: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Humana Inc. y sus subsidiarias brindan ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando estas ayudas y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean) 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino) Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Polski (Polish) Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

Italiano (Italian) Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

فارسی (Farsi): برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

հայերեն (Armenian): Հանգամարտեք վերը նշված հեռախոսահամարով՝ անվճար լեզվական օգնություն ծառայություններ ստանալու համար:

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

Hmoob (Hmong) Hu rau tus xov tooj saum toj sauv kom tau txais kev pab txhais lus dawb.