Humana Dental Traditional Preferred

PA TRP O1K U&C+ 100/80/50
FELLOW TRAVELERS

PENNSYLVANIA

Servicios	Si acude a un proveedor de la red Red: PPO/Preferido Tradicional	Si acude a un proveedor fuera de la red U&C 90
Deducible (excluye ortodoncia)	Individual: $50 Familiar: $150 El deducible se aplica a todo servicio, excepto preventivos.	Individual: $50 Familiar: $150
Máximo anual (excluye ortodoncia)	$1,500 + máximo anual extendido (vea la sección a continuación)	
Servicios preventivos **Exámenes bucales de rutina** (3 por año) **Radiografías de mordida** (2 para menores de 10 años, hasta 4 a partir de los 10 años) **Radiografías panorámicas** (1 cada 5 años combinadas, las radiografías Panorex y de boca enteras comparten la misma frecuencia; Para edades 6+) **Limpiezas de rutina** (3 por año) **Limpieza periodontal** (4 por año) **Tratamiento con flúor** (1 por año, hasta los 16 años) **Selladores** (molares permanentes, hasta los 16 años) **Mantenedores de espacio** (dientes primarios, hasta los 15 años) **Prueba de detección de cáncer bucal** (1 por año, a partir de los 40 años)	100% sin deducible	100% sin deducible
Servicios básicos **Atención de emergencia para alivio del dolor** **Empastes de amalgama** (1 por diente cada 2 años, resina compuesta para dientes anteriores/frontales) **Cirugía bucal** (incluyendo extracciones de dientes impactados) **Anestesia general**[1] **Coronas de acero inoxidable** **Aparatos para evitar hábitos perjudiciales** (1 de por vida, hasta los 14 años) **Periodoncia** (raspado/alisado de raíces y cirugía, 1 por cuadrante cada 3 años)	80% después del deducible	80% después del deducible

[1] Solo se cubre junto con los procedimientos quirúrgicos orales cubiertos. Pueden aplicarse otras restricciones.

Servicios	Si acude a un proveedor de la red Red: PPO/Preferido Tradicional	Si acude a un proveedor fuera de la red U&C 90
Endodoncia (tratamientos de conducto, 1 por diente de por vida y 1 repetición de tratamiento)		
Servicios mayores **Coronas** (1 por diente cada 5 años) **Incrustaciones y onlays** (1 por diente cada 5 años) **Puentes** (1 cada 5 años) **Dentaduras** (1 cada 5 años) **Revestimiento/rebasado de dentaduras** (1 cada 3 años, después de 6 meses de uso de la dentadura) **Reparación y ajustes de dentaduras** (después de 6 meses de uso de la dentadura)	50% después del deducible	50% después del deducible
Máximo anual extendido Cobertura adicional para servicios preventivos, básicos y mayores después de que se alcance el máximo anual (excluye ortodoncia)	30%	30%
Servicios de ortodoncia	Ortodoncia pediátrica - los cubre hasta los 18 años de edad. El plan paga el 50 por ciento (sin deducible) de los servicios cubiertos de ortodoncia, hasta: $1,000 como máximo de por vida para ortodoncia.	

Humana reembolsará las reclamaciones fuera de la red en función de los datos internos y externos (incluidos los puntos de referencia de la industria de FairHealth) para establecer límites de reembolso para su región geográfica. Los dentistas fuera de la red pueden facturar a los afiliados por cargos que superen el monto cubierto por el plan dental.

Períodos de espera

Patrocinados por empleador: para 5 o más empleados inscritos

Tipo de afiliación[2]	Preventivo	Básico	Mayor[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 mayores, 12 meses de ortodoncia (24 meses para 5-9 empleados inscritos.)
[3] Los periodos de espera no se aplican a la ortodoncia o periodoncia a menos que sea un solicitante tardío.

¿Tiene preguntas?

Visite **espanol.humana.com** o llame al **866-427-7478**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Este. Encuentre un proveedor de la vista en **es-www.humana.com/find-care**.

¡Regístrese hoy!

Regístrese o inicia sesión en MyHumana en **es-www.humana.com** para ver los detalles de su cobertura, ver sus tarjetas de identificación, manejar sus reclamaciones, encontrar un proveedor de la vista y más!dentista y más!

Limitaciones y exclusiones (todos los servicios)::
Además de las limitaciones y exclusiones que se detallan en su sección "Beneficios para la vista", la póliza no proporciona beneficios para lo siguiente:

1. Cualquier gasto que surja de o en el que se incurra durante el curso de una ocupación o empleo por el que se recibe una compensación, rentabilidad o ganancia para los que haya disponible una cobertura conforme a una ley de compensación de los trabajadores o de enfermedades ocupacionales.
2. Servicios:
   - Que son gratis o por los que usted no tendría que pagar si usted no tuviera este seguro, a menos que los cargos se reciban del gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias y sean reembolsables a ellos según lo exige 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 al gobierno estadounidense o sea administrada por este y sean servicios relacionados con una enfermedad o lesión corporal.
3. Cualquier pérdida que sea consecuencia de o haya sido causada por:
   - Guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada;
   - Cualquier acto de conflicto armado internacional; o
   - Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
5. Si no asiste a una cita con el dentista.
6. Cualquier servicio que consideremos estético, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental sufrida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que los siguientes procedimientos, entre otros, son estéticos:
   - Revestimiento de coronas o puentes fijos (la parte de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide;
   - Cualquier servicio para corregir malformaciones congénitas;
   - Cualquier servicio que se realice principalmente para mejorar la apariencia;
   - Caracterizaciones y personalización de dispositivos protésicos; o
   - Cualquier procedimiento para cambiar el espaciado o la forma de los dientes.
7. Cargos por:
   - Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados;
   - Elementos de precisión o semiprecisión;
   - Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con las sobredentaduras;
   - Otros dispositivos protésicos personalizados;
   - Cualquier servicio de diagnóstico por imágenes en 3D (imágenes de haz cónico);
   - Servicios dentales temporales y provisionales;
   - Cargos adicionales relacionados con materiales o equipos usados en la prestación del cuidado dental;
   - La extracción de cualquier implante, a menos que se especifique en la sección Resumen de sus beneficios de este certificado.
   - La extracción de cualquier implante, a menos que se specifique en la sección Resumen de sus beneficios de este certificado.
8. Cualquier servicio relacionado con:
   - La alteración de la dimensión vertical de los dientes;
   - La restauración o el mantenimiento de una oclusión;
   - La ferulización de dientes, incluidos múltiples portes, o cualquier servicio para estabilizar un diente periodontalmente debilitado;
   - La sustitución de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
   - El registro de la mordida o análisis de la mordida.
9. Control de infecciones, lo que incluye, entre otras, técnicas de esterilización.
10. Cargos por tratamiento realizado por otra persona que no sea el dentista, excepto el raspado y limpieza de dientes, y la aplicación tópica de flúor que pueden ser realizados por un higienista dental certificado. El tratamiento debe ser realizado bajo la supervisión y el asesoramiento de un dentista conforme a las normas dentales generalmente aceptadas.
11. Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
12. Medicamentos recetados o premedicamentos, ya sean despachados o recetados.

- continúa en la página siguiente

13. Cualquier servicio que no se haya detallado de manera específica en los Beneficios de su plan.
14. Cualquier servicio que
    - No sea elegible para beneficios en función de la revisión clínica;
    - No ofrezca un pronóstico favorable;
    - No tenga aceptación profesional uniforme; o
    - Sea de carácter experimental o para 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 conforme a este plan.
16. Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en que finalice su cobertura conforme a esta póliza (a menos que el sea elegible conforme a la Extensión de beneficios).
17. Servicios proporcionados por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
18. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
19. Tratamiento que resulte de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, 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 consideran parte integral del servicio dental completo.
21. Servicios dentales temporales.
22. Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
23. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluido cualquier trastorno de la articulación temporomandibular, trastorno craneomaxilar, trastorno craneomandibular u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas como dolores de cabeza.
24. Los beneficios de cirugía oral conforme a este plan no incluyen:
    a. Cualquier servicio de cirugía ortognática;
    b. Cualquier servicio de destrucción de lesiones mediante 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.
25. 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.

    La anestesia general o la sedación consciente administradas debido a los siguientes motivos, entre otros, no están cubiertas:
    1. Control del dolor, a menos que se proporcione una alergia documentada al anestésico local.
    2. Ansiedad.
    3. Miedo al dolor.
    4. Manejo del dolor.
    5. Incapacidad emocional para someterse a cirugía.
26. Programas de control preventivo entre los que se incluyen, entre otros, instrucciones para la higiene oral, control de sarro, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia.
27. El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal perdido, robado, dañado, extraviado o duplicado.
28. Cualquier prueba de susceptibilidad a las caries, análisis de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos relacionados con patologías orales.
29. Los cargos separados por cuidado pre y postoperatorio y reevaluación dentro de los 12 meses no se consideran servicios cubiertos conforme a los servicios periodontales quirúrgicos de este plan.
30. No cubrimos servicios que generalmente se consideran servicios médicos, excepto aquellos específicamente indicados como cubiertos en este certificado.

Humana®

Exceso de cobertura

Nosotros no pagaremos beneficios para ninguna lesión accidental si otro seguro proporcionará los pagos o la cobertura de los gastos, independientemente de si el otro seguro está determinado como primario, excedente o contingente. Si su reclamación a otra compañía aseguradora es denegada o se paga de forma parcial, procesaremos su reclamación según los términos y condiciones de este certificado. Si realizamos un pago, usted acuerda asignarnos cualquier derecho que tenga con respecto a la otra compañía aseguradora para los gastos dentales por los que paguemos nosotros. Los pagos realizados por la otra compañía aseguradora se acreditarán a favor de cualquier coseguro o deducible aplicable para el año calendario.

Cláusula de diente faltante: 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. Su agente le informará sobre exclusiones y limitaciones específicas contenidas en el Manual de Información Técnica y Normativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura. La cantidad de beneficios provistos depende del plan seleccionado. Las primas varían según la selección efectuada.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
  Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
  Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** o en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en **https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
- **Residentes de California**: También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-320-1235 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.
繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。
Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.
한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오 .
Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.
Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.
Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.
Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.
Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.
Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.
Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.
日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。
فارسی (Farsi)
برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.
Diné Bizaad (Navajo): Wódahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'į' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'dęę́ nika'adoowoł.
العربية (Arabic)
الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك