

# Complete

Plan dental individual

Florida

## Sobre su plan

La buena salud comienza con una boca sana. Los exámenes y las limpiezas dentales regulares pueden reducir el riesgo de enfermedad de las encías, lo cual está ligado a la enfermedad del corazón, la diabetes, los derrames cerebrales y otras afecciones graves.

El plan dental Humana Complete está diseñado para las personas que desean mantener su salud oral mediante exámenes y limpiezas dentales regulares. El plan ofrece cobertura a su alcance para servicios preventivos, básicos e importantes, como limpiezas y exámenes de rutina, empastes, dentaduras postizas y extracciones. Usted puede reducir los costos si selecciona uno de los más de 270,000 consultorios odontológicos de la red de Humana Dental PPO. Puede visitar [espanol.humana.com](http://espanol.humana.com) para encontrar un especialista participante.

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

## Cómo funciona su plan

### Deducible por año calendario

Esta es la cantidad que usted pagará de su bolsillo por los servicios en un año calendario

#### Individual

\$50  
(sin deducible para servicios preventivos dentro de la red)

#### Familiar

\$150  
(sin deducible para servicios preventivos dentro de la red)

### Máximo anual

Esta es la cantidad máxima que el plan pagará en un año calendario

\$1,250 en el primer año; \$1,500 en el segundo año y siguientes, por cada individuo participante en el plan

### Opciones de coseguro

#### Cobertura dentro la red

#### Cobertura fuera de la red

#### Servicios preventivos (sin período de espera)

- Exámenes orales de rutina (límite de 2 por año)
- Evaluación oral limitada (límite de 1 por año)
- Evaluación oral integral (límite de 1 cada 3 años)
- Radiografías de mordida (1 juego de radiografías por año para personas cubiertas menores de 10 años y hasta 4 radiografías por año para personas cubiertas de 10 años en adelante)
- Radiografía panorámica combinada con boca completa (límite de 1 cada 5 años, de 12 años en adelante)
- Limpiezas (límite de 2 por año)
- Tratamiento con flúor tópico (límite de 2 por año)
- Selladores (límite de 1 por diente de por vida, hasta los 14 años)

100% sin deducible

100% después del deducible

**Humana**<sup>®</sup>

# Complete

| Opciones de coseguro  | Cobertura dentro la red   | Cobertura fuera de la red |
|---|---------------------------|---------------------------|
| <p><b>Servicios básicos</b> (se aplica un período de espera de seis meses; los titulares de pólizas que proporcionen prueba de la cobertura previa de 12 meses están exentos de este período de espera<sup>1</sup>).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado médico en casos de emergencia para alivio del dolor</li><li>• Extracciones y remoción de raíz</li><li>• Empastes (límite de 1 por diente, cada dos años; el composite solo está cubierto para los dientes frontales<sup>2</sup>)</li><li>• Espaciadores (hasta los 14 años, solo la colocación inicial)</li><li>• Coronas prefabricadas de acero inoxidable</li></ul>  | 80% después del deducible | 80% después del deducible |
| <p><b>Servicios importantes</b> (se aplica un período de espera de doce meses; los titulares de pólizas que proporcionen prueba de la cobertura previa de 12 meses están exentos de este período de espera<sup>1</sup>).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Endodoncia - tratamientos de conducto radicular (límite de 1 de por vida, por diente)</li><li>• Dentaduras postizas completas (límite de 1 cada 5 años)</li><li>• Dentaduras postizas parciales (límite de 1 cada 5 años)</li><li>• Reparación y ajustes de dentaduras postizas</li><li>• Coronas (límite de 1 por diente cada 5 años)</li><li>• Incrustaciones e inlays (límite de 1 por diente cada 5 años)</li><li>• Cirugía oral</li><li>• Mantenimiento periodontal (límite de 2 por año) - sin período de espera para este servicio.</li><li>• Alisado y raspado radicular periodontal (límite de 1 por cuadrante cada 3 años) - sin período de espera para este servicio.</li></ul> | 50% después del deducible | 50% después del deducible |

Los dentistas fuera de la red pueden facturarle por cargos por encima de la cantidad cubierta por su plan Humana Dental. Para garantizar que usted no reciba cargos adicionales, visite un dentista de la red de Humana Dental PPO. Pueden aplicarse períodos de espera y otras limitaciones; revise su póliza para ver los detalles de la cobertura.

## Notas al pie

<sup>1</sup> La cobertura previa se define como un plan de seguro que ofrece cobertura y beneficios. Los planes dentales con descuento no se consideran cobertura previa.

<sup>2</sup> Los empastes de composite (blancos) se cubren solamente para los dientes anteriores (frontales). Se permite un beneficio alterno de uso de empastes de composite en dientes posteriores (traseros) donde el plan cubrirá el costo de un empaste de amalgama (plata) y el afiliado es responsable del costo por encima de la cantidad cubierta.

## Limitaciones y exclusiones del plan dental

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:

1. Cualquier gasto incurrido mientras una persona cubierta califica para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedades ocupacionales, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
2. Servicios:
  - a. Que son gratis o por los que una persona cubierta no tendría que pagar si él o ella no tuviera este seguro, a menos que los cargos se reciban del gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias según lo exige la ley y se reembolsen a estos;
  - b. Proporcionados por, o pagaderos según, cualquier plan o legislación a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid); o
  - c. Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que es administrado por o que es propiedad del gobierno de los Estados Unidos.
3. Cualquier pérdida que contribuya o haya sido causada por:
  - a. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no (excluye actos de terrorismo);
  - b. Participación en disturbios;
  - c. Cometer o tratar de cometer un delito;
  - d. Participación en una profesión u ocupación ilegal;
  - e. Cualquier conflicto armado; o
  - f. Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad.
4. Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
5. Incumplimiento de una cita con el proveedor.
6. Servicios que consideremos odontología estética, a menos que sean necesarios como resultado de una lesión accidental provocada mientras la persona cubierta tiene cobertura en virtud de esta póliza.
7. Cargos por:
  - a. Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas las coronas o el dispositivo protésico adherido a este;
  - b. Aditamentos de precisión o semiprecisión;
  - c. Sobredentaduras y cualquier tratamiento endodóntico asociado con las sobredentaduras;
  - d. Otros aditamentos personalizados;
  - e. Imágenes en 3D;
  - f. Servicios dentales temporales y provisionales;
  - g. Cargos separados por materiales o uso de equipos, tales como láseres; o
  - h. Cargos separados por tratamiento realizado en una clínica, centro dental o médico que sea propiedad o bien esté operado, patrocinado o sea mantenido por (i) el patrono o cualquier persona cubierta; o (ii) un empleado de cualquier persona cubierta.
8. Cualquier servicio relacionado con:
  - a. La alteración de la dimensión vertical de los dientes;
  - b. La restauración o el mantenimiento de la oclusión;
  - c. La ferulización de dientes, incluidos los soportes múltiples, o cualquier servicio para estabilizar dientes periodontalmente debilitados;
  - d. La sustitución de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, desgaste, erosión o abfracción; o
  - e. El registro de la mordida o análisis de la mordida.
9. Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.
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 pueda realizarse 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 anesthesiólogo o anestesista.
12. Medicamentos recetados o premedicamentos, ya sean suministrados o recetados.
13. Servicios que no se detallan específicamente en la sección "Programa de beneficios de la póliza".
14. Los servicios se muestran como "No cubiertos" en la sección "Programa de beneficios de la póliza".
15. Servicios que determinemos que:
  - a. No sean elegibles para beneficios en función de la revisión clínica;
  - b. No ofrezcan un pronóstico favorable;
  - c. No tengan aceptación profesional uniforme; o
  - d. Sean de carácter experimental o para investigación.
16. Servicios de ortodoncia.
17. Cualquier gasto incurrido antes de la fecha de vigencia de cobertura de la persona cubierta o después de la fecha en la que termina la cobertura de la persona cubierta en virtud de esta póliza.
18. Servicios proporcionados por alguien que generalmente viva en la casa de la persona cubierta o que es miembro de la familia.
19. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
20. Anestesia local, irrigación, óxido nítrico, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento o preparación del tejido asociado con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio separado. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
21. Reparación o reemplazo de aparatos de ortodoncia.
22. Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluido cualquier trastorno de la articulación temporomandibular, craneomaxilar, trastorno craneomandibular u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas como dolores de cabeza.
23. Extracción electiva de dientes impactados sin patología asociada.
24. Servicio de cirugía ortognática.
25. Servicios que generalmente se consideran médicos o están cubiertos por un plan médico.

## Limitaciones y exclusiones del plan dental

---

26. Servicios de destrucción de lesiones por cualquier método.
27. Servicios de trasplante dental.
28. Servicios de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad oral.
29. Servicios para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales, a menos que estén relacionados con cuestiones dentales.
30. Cualquier gasto aparte por cuidado pre y posoperatorio.
31. Reemplazo de restauraciones (empastes) colocadas hace menos de dos años.
32. No cubriremos el reemplazo de ninguna restauración importante, prótesis o aparato duplicado, perdido, robado, dañado o mal colocado.

Asegurado por Humana Insurance Company

Las solicitudes están sujetas a aprobación. Pueden aplicarse períodos de espera; se aplican exclusiones y limitaciones.

Este documento contiene un resumen general de los beneficios, limitaciones y exclusiones. Revise la póliza para ver los términos y condiciones que aplican. Si hubiera alguna discrepancia con la información dada en este documento, prevalecerán los términos y condiciones de la póliza. Para obtener más información, visite [espanol.humana.com](http://espanol.humana.com) o comuníquese con su agente de ventas.

Número de póliza: FL-71145, et al.

**Humana**<sup>®</sup>

## Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que figura en su tarjeta de identificación (TTY: 711).

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on your ID card (TTY: 711).

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員卡上的電話號碼 (TTY：711)。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

**한국어 (Korean):** 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . ID 카드에 적혀 있는 번호로 전화해 주십시오 (TTY: 711).

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numero na nasa iyong ID card (TTY: 711).

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Наберите номер, указанный на вашей карточке-удостоверении (телетайп: 711).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou kat idantite manm ou (TTY: 711).

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro figurant sur votre carte de membre (ATS : 711).

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Proszę zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej (TTY: 711).

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número presente em seu cartão de identificação (TTY: 711).

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero che appare sulla tessera identificativa (TTY: 711).

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wählen Sie die Nummer, die sich auf Ihrer Versicherungskarte befindet (TTY: 711).

**日本語 (Japanese):** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。お手持ちのIDカードに記載されている電話番号までご連絡ください (TTY：711)。

**فارسی (Farsi):**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.  
با شماره تلفن روی کارت شناسایی تان تماس بگیرید (TTY: 711).

**Diné Bizaad (Navajo):** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, námboo ninaaltsoos yézhí, bee nées ho'dólzin bikáá'ígíí bee hólne' (TTY: 711).

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (رقم هاتف الصم والبكم: 711).