



# Humana Dental Traditional Plus

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

TEXAS

Servicios	Si acude a un proveedor DE LA RED		Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED U&C 90	
<b>Deducible anual</b> (excluye ortodoncia)	Individual: \$50	Familiar: \$150	Individual: \$50	Familiar: \$150
El deducible se aplica a todo servicio, excepto preventivos.				
<b>Máximo anual</b> (excluye ortodoncia)	\$1,250 + máximo anual extendido (vea la sección a continuación)			
<b>Servicios preventivos</b> 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 12+) 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	
<b>Servicios básicos</b> Atención de emergencia para alivio del dolor Empastes de amalgama (1 por diente cada 2 años, resina compuesta para dientes anteriores/frontales) Anestesia general <sup>1</sup> Coronas de acero inoxidable Aparatos para evitar hábitos perjudiciales (1 de por vida, hasta los 14 años)	80% después del deducible		80% después del deducible	

<sup>1</sup> Solo se cubre junto con los procedimientos quirúrgicos orales cubiertos. Pueden aplicarse otras restricciones.



# Humana Dental Traditional Plus

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

TEXAS

Servicios	Si acude a un proveedor DE LA RED	Si acude a un proveedor FUERA DE LA RED U&C 90
<p><b>Servicios mayores</b></p> <p><b>Coronas</b> (1 por diente cada 5 años)</p> <p><b>Incrustaciones y onlays</b> (1 por diente cada 5 años)</p> <p><b>Cirugía bucal</b> (incluyendo extracciones de dientes impactados)</p> <p><b>Puentes</b> (1 por diente cada 5 años)</p> <p><b>Dentaduras</b> (1 por diente cada 5 años)</p> <p><b>Revestimiento/rebasado de dentaduras</b> (1 cada 3 años, después de 6 meses de uso de la dentadura)</p> <p><b>Reparación y ajustes de dentaduras</b> (después de 6 meses de uso de la dentadura)</p> <p><b>Periodoncia</b> (raspado/alizado de raíces y cirugía, 1 por cuadrante cada 3 años)</p> <p><b>Endodoncia</b> (tratamientos de conducto, 1 por diente de por vida y 1 repetición de tratamiento)</p>	50% después del deducible	50% después del deducible
<p><b>Máximo anual extendido</b></p> <p>Cobertura adicional para servicios preventivos, básicos y mayores después de que se alcance el máximo anual (excluye ortodoncia)</p>	30%	30%
<p><b>Servicios de ortodoncia</b></p>	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.



# Humana Dental Traditional Plus

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

TEXAS

## Períodos de espera

Patrocinados por empleador: para 5 o más empleados inscritos

Tipo de afiliación <sup>2</sup>	Preventivo	Básico	Mayor <sup>3</sup>	Ortodoncia
Inscripción inicial, inscripción abierta y adición a tiempo	No	No	No	No

<sup>2</sup> 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.)

<sup>3</sup> Los periodos de espera no se aplican a la ortodoncia o periodoncia a menos que sea un solicitante tardío.

## Tarifas mensuales\* (12 deducciones al año)

Empleado: \$36.08

Empleado más uno: \$71.02

Familiar: \$122.26

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



## ¿Tiene preguntas?

Visite [es-Humana.com](https://es-humana.com) o llame al **866-427-7478**  
De lunes a sábado, de 8 a.m. a 11 p.m., y  
Domingos, de 11 a.m. a 8 p.m., hora del este.  
Encuentre un dentista en  
[es-Humana.com/findadentist](https://es-humana.com/findadentist)



## ¡Regístrese hoy!

Regístrese o inicie sesión en MyHumana en [es-Humana.com](https://es-humana.com) para ver los detalles de su cobertura, tarjetas de identificación, administrar reclamaciones, encontrar un dentista y más!

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.

# Humana®

Resumen del plan creado el: 5/17/24 15:34  
TXHLJ4QSP 02/24

## ¡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):** Wóda'í béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé' níká'adoowól.

**العربية (Arabic)**

GCHJV5RSP 0721

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك