



Servicios	Si acude a un proveedor de la red		Si acude a un proveedor fuera de la red	
			U&C 90	
Deducible (excluye ortodoncia)	Individual: \$50	Familiar: \$150	Individual: \$50	Familiar: \$150
El deducible se aplica a todo servicio, excepto preventivos.				
Máximo anual (excluye ortodoncia)	\$1,750 + 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)	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	Si acude a un proveedor fuera de la red U&C 90
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) Periodoncia (raspado/alisado de raíces y cirugía, 1 por cuadrante cada 3 años) Endodoncia (tratamientos de conducto, 1 por diente de por vida y 1 repetición de tratamiento)	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 para adultos/niños. El plan paga el 50 por ciento (sin deducible) de los servicios cubiertos de ortodoncia, hasta: \$1,500 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.



Humana Dental Traditional Plus

TX Trad+ O1.5K U&C+ 100/80/50
Chapel Hill ISD

TEXAS

Tarifas bimensuales* (24 deducciones al año)

Empleado:	\$17.90
Empleado y cónyuge:	\$36.02
Empleado e hijo(s):	\$36.31
Familiar:	\$59.23

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



¿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 la sección Beneficios de su plan, esta póliza no proporciona beneficios para lo siguiente:

1. Gastos incurridos mientras es elegible para una ley de compensación de los trabajadores o de enfermedades ocupacionales, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
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 bicuspid;
 - 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;
 - Cargos cobrados por tratamiento en un centro clínico o dental que patrocine o mantenga el empleador;
 - La extracción de cualquier implante, a menos que se especifique 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. Honorarios por el tratamiento realizado por alguien que no sea un dentista o un denturista con licencia, excepto para el raspado, la limpieza dental y la aplicación tópica de flúor que puede ser realizada por un higienista dental con licencia. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión y orientación del dentista de acuerdo con 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.
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. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
18. Tratamiento que resulte de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
19. 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.
20. Servicios dentales temporales.
21. Reparación y 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, 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.
23. 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.
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.

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.
25. 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.
26. El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal perdido, robado, dañado, extraviado o duplicado.
27. 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.
28. 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.
29. No cubrimos servicios que generalmente se consideran servicios médicos, excepto aquellos específicamente indicados como cubiertos en este certificado.

Cláusula de diente faltante: Consulte el documento del plan para obtener más detalles.

Asegurado por Humana Insurance Company.



Humana Dental Traditional Plus

TX Trad+ O1.5K U&C+ 100/80/50

Chapel Hill ISD

TEXAS

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®

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

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con Humana Inc. y sus subsidiarias en **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, 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 en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarlo.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por 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 a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California), **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711). Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos 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.

English: Call the number above to receive free language assistance services.

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): Ձանգահարեք 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.

Estos avisos están disponibles en **[es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](https://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure)** y **www.humana.com/legal/multi-language-support**.