



Harvard Pilgrim
Health Care

a Point32Health company

Guía para miembros

Para los planes y servicios de
Point32Health Dental



Índice

- › **1.** Descripción general del plan dental
- › **2.** Soporte para incorporación a SmartStart
- › **3.** Programa de Beneficios
- › **4.** Detalles del máximo de transferencia anual



a Point32Health company



Descripción general del producto dental

Cuidado bucal completo con Point32Health Dental

- Cobertura integral para adultos y niños
- Atención preventiva, restaurativa y de ortodoncia asequible
- Acceso conveniente a más de 350,000 centros dentales en todo el país
- Ofrece una de las redes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) más grandes disponibles
- Transferencia máxima generosa de beneficios anuales
- Fácil acceso a detalles de beneficios, búsqueda de proveedores, reclamos y tarjetas de identificación a través de su cuenta segura

Cuenta segura de miembro

Administre sus beneficios, revise reclamaciones, encuentre proveedores y obtenga su tarjeta de identificación; visite point32health.org/dental-login

Búsqueda de proveedores

Encuentre a sus dentistas en nuestra red; visite point32health.org/find-a-dentist

Servicios y apoyo para miembros

Estamos aquí para ayudar, llame al
866-615-4963

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. EST



a Point32Health company



Programa SmartStart

Haga que su cambio a Point32Health Dental sea más fácil que nunca.



Nuevo plan. Nuevos beneficios. Preguntas respondidas.

- ¿Qué tan pronto recibiré mi tarjeta de identificación?
- ¿Cómo puedo confirmar la cobertura de una próxima cita o procedimiento?
- ¿Cómo encuentro proveedores de atención dental dentro de la red?

SmartStart le guiará a través de la inscripción, incluso antes de que su plan esté activo.

Línea telefónica de preinscripción

Nuestro equipo dedicado responderá sus preguntas sobre los nuevos beneficios y la cobertura, y le brindará el apoyo necesario, incluso antes de que su plan esté activo.

Póngase en contacto con nosotros en

SmartStart@harvardpilgrim.org

o llame al 866-874-0817 para obtener respuestas a sus preguntas.

Cuenta segura en línea para miembros

Visite **point32health.org/dental-login** para activar su cuenta segura y acceder rápidamente a los beneficios e información de su plan dental.

- Ver su tarjeta de identificación de miembro
- Encontrar un dentista
- Revisar el estatus de sus reclamaciones
- Administrar las preferencias de su cuenta y más

Este plan dental está suscrito por HPHC Insurance Company, Inc., que opera bajo el nombre comercial Point32Health Dental.



Point32Health Dental PPO Choice Programa de cobertura, limitaciones y exclusiones

Clase del servicio	Descripción del servicio	Dentro de la red		Fuera de la red	
		Lo que paga el plan	Período de espera	Lo que paga el plan ¹	Período de espera
1	Servicios preventivos y de diagnóstico	100 %	No hay	100 %	No hay
2	Servicios básicos	100 %	No hay	100 %	No hay
3	Servicios especializados	60 %	No hay	60 %	No hay
4	Servicios de ortodoncia	0 %	No hay	0 %	No hay

Deductible anual	Dentro de la red	Fuera de la red
Monto	\$50	\$50
Máximo por familia	\$150	\$150
Se aplica a:	Clase 2, Clase 3	Clase 2, Clase 3

- Cada miembro debe pagar el monto del deducible de los servicios dentales antes de que el plan comience a cubrir los procedimientos dentales del miembro. El deducible se combina para todos los servicios aplicables por cada año de beneficios por miembro.

Montos máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Anual	\$1,500	\$1,500
Para ortodoncia de por vida	No está cubierto	No está cubierto

- El monto máximo que se indica es el monto en dólares que el plan pagará para cubrir el costo de la atención dental dentro del período especificado por miembro.
- El monto máximo anual se combina para los servicios dentro de la red y fuera de la red.
- El monto máximo anual se aplica a: Clase 2, Clase 3

Subsidio fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	N/C	90

- A diferencia de los proveedores dentro de la red (INN) que han aceptado las tarifas negociadas por los servicios, los proveedores fuera de la red (OON) no tienen un contrato con Point32Health Dental ni con las redes de atención dental arrendadas de Point32Health Dental. Por lo tanto, los proveedores fuera de la red establecen sus propias tarifas y Point32Health le reembolsará al miembro el subsidio fuera de la red establecido.
- Los planes de Point32Health Dental con un cargo de subsidio permisible máximo (MAC) solo brindarán el reembolso al miembro calculado con base en el programa de tarifas dentro de la red establecido, que se determina por el área geográfica donde se generan los gastos. Esto significa que, si la tarifa del proveedor fuera de la red es mayor que el programa de tarifas dentro de la red de Point32Health Dental, se facturará al miembro el saldo restante para cubrir la tarifa del proveedor fuera de la red.

Servicios de renovación	Monto máximo de servicio (lo que paga el plan)	Monto máximo de renovación
Montos máximos	\$750	\$1,875

- Los miembros pueden ser elegibles para una renovación del monto máximo anual sin utilizar para los servicios de Clase 1, Clase 2 y Clase 3. Se debe cumplir con los siguientes requisitos:
 - Se debe presentar al menos una reclamación para los servicios cubiertos de Clase 1 durante el año de beneficios.
 - El miembro debe haber recibido servicios que superen cualquier deducible.
 - El miembro no debe haber recibido servicios que superen el monto máximo de servicio, que es el monto pagado por el plan.
 - Si es elegible, el monto de servicios de renovación no puede ser superior al monto máximo de renovación.
 - Los servicios de renovación de un miembro pueden eliminarse, y el servicio acumulado puede perderse, si existe una suspensión de la cobertura de cualquier duración, por cualquier motivo, o si el monto máximo de servicio se supera en cualquier año de beneficios determinado.
- Si el curso de tratamiento supera los \$300, se recomienda una revisión previa.

HPHC Insurance Company, Inc.; 1 Wellness Way, Canton, MA 02021-1166

1.866.615.4963; www.point32health.org/dental-login

Formulario NH n.º 2941

Formulario MA n.º 2935

Formulario ME n.º 2947

Formulario RI n.º 2953

CD0000500035

El plan pagará la tarifa negociada del dentista participante o las tarifas habituales del percentil 90 (sujetas al porcentaje de cobertura del servicio) para los procedimientos y servicios dentales como se muestra a continuación, después de cualquier deducible anual requerido.

Clase del servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			Lo que paga el plan	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	Lo que paga el plan	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?
1	Evaluaciones	Dos por año calendario, incluyendo un máximo de una evaluación integral cada 36 meses	100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
1	Examen de emergencia o centrado en el problema (D0140)	Uno por año calendario	100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
1	Profilaxis (limpieza, raspado y pulido de dientes)	Dos por año calendario; se cubre una limpieza adicional para las mujeres embarazadas o las personas con diabetes	100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
1	Fluoruro tópico	Dos por año calendario, hasta la edad de 19 años	100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
1	Radiografías de aleta de mordida	Dos por año calendario	100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
1	Tratamiento paliativo del dolor dental: por visita	Solo si no realizaron servicios, excepto el examen y radiografías, en la misma fecha de servicio	100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
1	Teleodontología: realizada en tiempo real (D9995) o asíncrona (D9996)	Debe estar acompañada por un procedimiento cubierto	100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
1	Selladores	Dos por diente de por vida, hasta la edad de 19 años (limitado a los primeros y segundos molares permanentes)	100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
1	Radiografías periapicales		100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
1	Radiografía bucal completa o panorámica	Una cada 60 meses	100 %	No hay	No	100 %	No hay	No
2	Extracción simple de dientes		100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Amalgama y empastes compuestos	Excluye los empastes compuestos premolares y molares por diente, por superficie cada 24 meses. Los empastes compuestos de premolares y molares recibirán un beneficio alternativo de empaste de amalgama.	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Retención de perno de empastes	Los pernos múltiples en el mismo diente se autorizan como un solo perno	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Inyecciones de antibióticos administradas por un dentista		100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí

Clase del servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			Lo que paga el plan	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	Lo que paga el plan	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?
2	Espaciadores	Utilizados para preservar el espacio entre los dientes para la pérdida prematura de un diente primario (no incluye el uso para tratamiento de ortodoncia)	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Cirugía oral, que incluye la atención posoperatoria para: extracción de dientes, incluidos los dientes impactados; extracción de raíces dentales; alveolectomía, alveoloplastia y frenectomía; resección de tejidos pericoronales, gingivales, exostosis o hiperplásicos y resección de tejido oral para biopsia; reimplantación o estabilización de diente; trasplante de diente; resección de un tumor o quiste e incisión y drenaje de un absceso o quiste		100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Cirugía oral, que incluye la atención posoperatoria para: coronectomía, extracción parcial intencional de un diente, para dientes impactados solamente	Uno por diente de por vida	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Tratamiento de endodoncia de enfermedades del diente, la pulpa, la raíz y los tejidos relacionados, limitado a: terapia de conductos radiculares	No está cubierto si la cámara pulpar se abrió antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Tratamiento de endodoncia de enfermedades del diente, la pulpa, la raíz y los tejidos relacionados, limitado a: pulpotoromía y apicectomía		100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Tratamiento de endodoncia de enfermedades del diente, la pulpa, la raíz y los tejidos relacionados, limitado a: empastes retrógrados	Uno por raíz de por vida	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Servicios de periodoncia, limitados a: mantenimiento periodontal	Dos por año calendario después de una cirugía	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Servicios de periodoncia, limitados a: raspado y alisado radicular	Uno por cuadrante cada 24 meses desde la edad de 21 años	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
2	Servicios de periodoncia, limitados a: ajuste oclusal		100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí

	realizado con una cirugía cubierta, gingivectomía o cirugía ósea, que incluye entrada y cierres de colgajos						
2	Servicios de periodoncia, limitados a: injerto de pedículo o tejido blando libre	Uno por sitio de por vida	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay
2	Servicios de periodoncia, limitados a: protector oclusal (protector nocturno)	Uno cada 5 años dentro de los 6 meses de una cirugía ósea	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay
2	Servicios de periodoncia, limitados a: desbridamiento bucal total para permitir una evaluación y un diagnóstico periodontal integral en una visita posterior	Uno de por vida	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay

Clase del servicio	Descripción del servicio	Limitación del servicio	Dentro de la red			Fuera de la red		
			Lo que paga el plan	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?	Lo que paga el plan	Período de espera (meses)	¿Se aplica un deducible?
2	Servicios de periodoncia, limitados a: raspado ante la presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave	En boca completa, después de la evaluación oral y en lugar de una profilaxis cubierta (D1110/D1120), con límite de uno cada dos años	100 %	No hay	Sí	100 %	No hay	Sí
3	Modelo de estudio	Uno cada 36 meses	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Reconstrucción de corona para dientes no vitales		60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Recementación de puentes, incrustaciones, recubrimientos y coronas	Después de los primeros 12 meses de la inserción y cada 12 meses por diente a partir de entonces	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Reparación de dentaduras postizas o puentes fijos	Uno cada 24 meses	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Anestesia y analgesia general, incluida la sedación intravenosa	Cubierta junto con una cirugía oral, o cirugía periodontal, o procedimientos de colocación de implantes cubiertos	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Infiltración de un fármaco terapéutico de liberación sostenida: en sitios únicos o múltiples		60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Servicios de restauración, limitados a: incrustaciones, recubrimientos y coronas de metal fundido, a base de resina o de porcelana/cerámica	Límite de un diente con caries extensas o una fractura que no se puede restaurar con una amalgama o un empaste compuesto	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Servicios de restauración, limitados a: reemplazo de incrustaciones, recubrimientos o coronas existentes	Después de 7 años de la restauración inicialmente colocada o el último reemplazo	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí

Formulario NH n.º 2941

Formulario MA n.º 2935

Formulario ME n.º 2947

Formulario RI n.º 2953

CD0000500035

3	Servicios de restauración, limitados a: coronas de acero inoxidable	Hasta la edad de 14 años (una por diente primario de por vida)	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Servicios de restauración, limitados a: espiga y núcleo	Cubierto además de una corona cuando está separado de la corona para dientes tratados por endodoncia, con un buen pronóstico en términos de endodoncia y periodoncia	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierres de colgajos	Uno cada 2 años	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Servicios de prótesis, limitados a: colocación inicial de prótesis dentales removibles o puentes fijos		60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Servicios de prótesis, limitados a: reemplazo de prótesis dentales removibles o puentes fijos	Que no se pueda reparar después de 7 años de la fecha de la última colocación	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Servicios de prótesis, limitados a: adición de dientes a una prótesis dental parcial existente		60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Servicios de prótesis, limitados a: revestimiento y rebasado de prótesis dentales removibles existentes	Uno cada 24 meses (solo después de 24 meses de la fecha de la última colocación)	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Servicios de prótesis, limitados a: acondicionamiento de tejidos	Un tratamiento cada 7 años (no está cubierto cuando se realiza dentro de los 6 meses de cualquier prótesis dental)	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí
3	Servicios de implantes y relacionados	Una vez por diente cada 60 meses, a partir de los 16 años de edad	60 %	No hay	Sí	60 %	No hay	Sí

Exclusiones del plan

1. Servicios que están cubiertos por las leyes de compensación para el trabajador o de responsabilidad del empleador. Esto se aplica incluso si el miembro presentó una exención de los requisitos de compensación del trabajador o si está exento de las leyes de compensación del trabajador.
2. Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente según lo determinado por el plan.
3. Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.
4. Cirugía bucal que requiere la compostura de fracturas y dislocaciones.
5. Servicios relacionados con tumores malignos, quistes o neoplasias, prognatismo hereditario, congénito o mandibular o malformaciones del desarrollo cuando dichos servicios no deberían prestarse en un consultorio dental.
6. Entrega de medicamentos.
7. Hospitalización por algún procedimiento dental.
8. Tratamiento necesario para afecciones que son resultado de una catástrofe importante, epidemia, guerra, actos de guerra, ya sean declarados o no declarados, o mientras esté en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.
9. Reemplazo de dentadura postiza, puentes, empastes, recubrimientos o coronas que pueden repararse o restaurarse a su función normal.
10. Diagnóstico o tratamiento de síndromes del trastorno temporomandibular (TMD), problemas o discordia oclusal.
11. Cirugía electiva, como, por ejemplo, extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluidos terceros molares.
12. Procedimientos que no aparecen como servicios cubiertos por este plan.
13. Reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos; aditamentos de precisión o semiprecisión; duplicado de dentaduras postizas; inmovilización periodontal de los dientes.
14. Servicios por aumento de la dimensión vertical, reemplazo de estructura dental perdida por atrición y corrección de malformaciones del desarrollo o afecciones congénitas.
15. Procedimientos que, según la opinión del plan, son de naturaleza experimental o de investigación, porque no cumplen los estándares profesionalmente reconocidos de práctica dental o no tienen prueba de ser eficaces para el diagnóstico o el tratamiento de la afección del miembro.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA EXTRANJERA

Su plan cumple con las leyes federales vigentes en materia de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, identidad de género ni orientación sexual. Su plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, identidad de género ni orientación sexual.

Su plan provee ayuda y servicios gratis para personas con discapacidades o cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:

- ✓ Intérpretes de lenguas de señas calificados.
- ✓ Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- ✓ Intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **866-615-4963** (TTY: 711).

Si cree que su plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja a nuestro coordinador de derechos civiles. Puede presentar una queja por correo postal, fax o correo electrónico a:

Dominion National
P.O. Box 211424, Eagan, MN 55121
888-518-5338 (TTY: 711); fax: 703-518-4450
CRC@DominionNational.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles está a su disposición para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; puede hacerlo de forma electrónica, desde el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono aquí:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW., Room 509F, HHH Building Washington, D.C.
20201

Línea sin costo: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de quejas se encuentran en
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Para obtener una traducción sin costo, llame al 866-615-4963 (TTY: 711).

Arabic للتمتع بترجمة مجانية إلى اللغة العربية، الرجاء الاتصال بالرقم 866-615-4963 (بالنسبة لمستخدمي الهواتف التنصيبية: 711).)

Chinese 如需免費的繁體中文翻譯服務，請致電866-615-4963（聽障電話：711）。

French Pour une traduction gratuite en français, appeler le 866-615-4963 (TTY : 711).

German Benötigen Sie eine deutsche Übersetzung, rufen Sie bitte die 866-615-4963 (TTY: 711).
Die Übersetzung ist für Sie kostenlos.

Greek Για δωρεάν μετάφραση στα ελληνικά, τηλεφωνήστε στο 866-615-4963 (TTY: 711).

Gujarati વિના મૂલ્ય ભાષાંતર માટે, કાલ કરો 866-615-4963 ટૉલ્ફોનાય: 711)

Haitian Creole Pou w ka jwenn tradiksyon gratis an Kreyòl Ayisyen, rele 866-615-4963 (TTY: 711).

Hindi भाषा में निःशुल्क अनुवाद के लिए, 866-615-4963 पर कॉल करें। (TTY: 711).

Italian Per servizi di traduzione gratuiti in Italiano, chiamare il 866-615-4963 (TTY: 711).

Japanese 日本語への無料翻訳をご希望の場合は、866-615-4963までお電話ください (TTY: 711)

Khmer ដើម្បីទទួលបានការបកប្រោះដោយភាគីតិចផ្លូវការសាខ័រ សូមទូរសព្ទទៅ 866-615-4963 (TTY: 711)។

Korean 무료 한국어 번역을 원하시면 866-615-4963 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오.

Laotian ຂໍ້າວ ປກກັນບໍ່ ເລືລຕ່າງໆໃນການຕະຫຼາມການວາງ, ກະຊຸ ນິໄທ 866-615-4963 (TTY: 711).

Navajo T'áá ch'íík'eh shá atxa' hodoonih nínízingo, koj' hodíílnih 866-615-4963 (TTY: 711).

Persian .(TTY: 711) 866-615-4963 تماش بگیرید (Persian: برای ترجمه بدون هزینه در فارسی، با

Polish Tłumaczenie bezpłatne w Polski, Tel. 866-615-4963 (TTY: 711).

Portuguese Para uma tradução gratuita para português, contacte o número 866-615-4963 (TTY: 711).

Russian За бесплатным переводом на русский язык обращайтесь по номеру телефона 866-615-4963 (TTY: 711).

Spanish Para traducción sin costo en español, llame al 866-615-4963 (TTY: 711).

Tagalog Para sa walang bayad na pagsasalin sa Tagalog, tumawag sa 866-615-4963 (TTY: 711).

Vietnamese Về dịch vụ phiên dịch tiếng Việt miễn phí, hãy gọi 866-615-4963 (TTY: 711).



a Point32Health company

Beneficio máximo de transferencia anual

Los beneficios de transferencia agregan valor adicional a su plan Point32Health Dental al permitirle transferir una parte de su máximo de beneficios no utilizados cada año. Con este beneficio, se le brinda la flexibilidad de ahorrar y planificar los procedimientos dentales de la manera que funcione mejor para usted, así como sus gastos de bolsillo.

Cómo funcionan los beneficios máximos de transferencia anual*

- Para calificar para los beneficios de transferencia, debe realizarse al menos un (1) servicio cubierto de clase I (p. ej., una limpieza dental) durante el año de beneficios o el año calendario.
- Puede transferir una parte de su máximo anual no utilizado por año de beneficio o año calendario para servicios de diagnóstico y preventivos, como limpiezas y radiografías (clase I), servicios básicos (clase II) y servicios mayores (clase III), como empastes, coronas y endodoncias.
- Primero se utilizan sus dólares máximos anuales regulares. Los dólares del beneficio de transferencia, o los montos de transferencia anual, se utilizan después de que se alcanza el máximo anual.
- Si cancela su inscripción en su plan por cualquier período de tiempo por cualquier motivo (por ejemplo, si se casa y se transfiere al plan de su cónyuge), perderá su saldo de transferencia actual.
- Los beneficios y máximos de transferencia anual varían según el plan dental (según las reclamaciones presentadas); consulte su resumen de beneficios para conocer todos los detalles, limitaciones o exclusiones.

Máximo anual	<i>Este es el monto máximo de su beneficio anual.</i>	Varía; consulte los documentos de su plan para obtener detalles completos.
Máximo de transferencia anual	<i>Este es el monto en dólares de beneficio que puede ahorrar o transferir a su próximo año de plan.</i>	50 % de su máximo anual
Límite máximo de transferencia de por vida	<i>Este es el monto total que puede ahorrar o transferir como miembro.</i>	125 % de su máximo anual

Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros llamando al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de Point32Health Dental o inicie sesión en su cuenta segura para obtener detalles adicionales del plan.

* No puede exceder la transferencia anual por servicios prestados; si su atención excede su beneficio máximo, entonces no habrá dólares de beneficio adicionales disponibles para una transferencia.

Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company, Inc. Point32Health Dental está respaldado por HPHC Insurance Company Inc.

Servicios y apoyo para miembros

Estamos aquí para ayudar.

Llame al **866-615-4963**

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. EST