

<Print Date>

<Case Number>

## Los miembros del Dental Wellness Plan tienen una nueva opción de plan dental

Esta carta le informa sobre su cobertura de salud y dental a partir del 1 de julio de 2026. Tiene una nueva opción de Dental Wellness Plan (Plan de bienestar dental) y, al mismo tiempo, se encuentra abierto el Período de Elección Anual para el plan de salud. Esta carta le informa sobre las opciones de planes de salud y dental **disponibles a partir del 1 de julio de 2026**.

En el reverso de esta carta se muestran los planes de salud y dental que se le han asignado. Tenga en cuenta que el plan dental puede ser diferente al que tiene actualmente.

Desde ahora hasta el **<<Choice Period End Date>>** puede cambiar su plan de salud y/o dental.

**Si desea que todo siga como se indica en el reverso de esta carta, no tiene que hacer nada.**

Para cambiar a un plan de salud o plan dental diferente, siga los pasos a continuación.

### Paso 1

#### Revise

- Revise la información adjunta sobre sus opciones de plan para tomar la mejor decisión para sus necesidades de cuidado de salud y dental.

### Paso 2

#### Elija

- Para cada una de las personas que se indican **al reverso** de esta carta, elija un plan de salud o dental que mejor se adapte a sus necesidades. Cada persona puede elegir un plan de salud o dental diferente.
- Puede elegir entre estos planes de salud:
  - Iowa Total Care
  - Molina Healthcare of Iowa
  - Wellpoint Iowa, Inc.
- Puede elegir entre estos planes dentales:
  - Delta Dental of Iowa
  - DentaQuest
- Tiene hasta el **<<Choice Period End Date>>** para cambiar sus planes asignados por cualquier motivo.

### Paso 3

#### Inscríbese (elija una opción)

- **Teléfono:** Llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al **1-800-338-8366** o si se encuentra en la zona de Des Moines al **515-256-4606**.
- **Correo:** Devuelva el formulario de cambio de plan completado (adjunto) a:  
Servicios para miembros  
PO Box 36510  
Des Moines, IA 50315
- **Email:** El formulario de cambio de plan se puede enviar a [imember@hhs.iowa.gov](mailto:imember@hhs.iowa.gov)

**Revise el reverso de esta carta para ver su inscripción en el plan de salud y dental asignado.**

A continuación se detallan las asignaciones correspondientes a sus planes de salud y dental.

Si quiere mantener todo de la misma forma, no necesita hacer nada. Si desea realizar un cambio en la inscripción, siga los pasos que se indican en el anverso de esta carta.

Número de identificación del estado	Nombre del miembro	Plan de salud	Plan dental	Teléfono del plan de salud	Teléfono del plan dental
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>
<0000000X>	<MEMBER NAME>	<MCO>	< DC>	<###-###-####>	<###-###-####>

**Información sobre la selección de plan de salud y dental**

Después del 1 de julio de 2026, tendrá 90 días para cambiar su inscripción por cualquier motivo.

Si necesita ayuda para elegir un plan, llame a los Servicios para Miembros de Medicaid para recibir asesoramiento sobre las opciones. Para preguntas generales e información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros de Medicaid al **1-800-338-8366** o en el área de Des Moines al **515-256-4606**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. o envíe un correo electrónico a [imemember@hhs.iowa.gov](mailto:imemember@hhs.iowa.gov)

Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes.

Si usted es sordo, tiene dificultades auditivas, es sordociego o tiene dificultades del habla y necesita asistencia para tener accesibilidad telefónica, llame al Servicio de retransmisión de Iowa (Relay Iowa TTY) al 1-800-735-2942.