

Iowa Health Link: Formulario de cambio de plan dental

Solo complete este formulario si desea cambiar su plan dental.

Una vez que sea aprobado para Medicaid, quedará inscrito automáticamente en un plan dental.

Los miembros tienen 90 días a partir de su fecha de inscripción inicial para cambiar de plan dental, y luego una vez al año para cambiar sus planes por cualquier motivo; para hacerlo deben completar este formulario. Si está satisfecho con su plan actual, no necesita completar este formulario. Motivo para cambiar de plan:

Nombre de la persona	Fecha de nacimiento* (MM/DD/YY)	Número de identificación*	Marque un plan dental
			<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> MCNA Dental
			<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> MCNA Dental
			<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> MCNA Dental
			<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> MCNA Dental
			<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> MCNA Dental

Motivo para cambiar de plan: _____

Su nombre*

Su dirección: calle, ciudad y código postal*

Su número de teléfono

☐ ***Sí, estoy autorizado para hacer cambios en esta cuenta. Entiendo que, al completar y enviar este formulario a los Servicios para Miembros, cambiaré los planes de la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.**

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame a Member Services (Servicios para Miembros) al 1-800-338-8366 o, si vive en el área de Des Moines, llame al 515-256-4606, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.