

<Print Date>

<Case Number>

## Su periodo de elección anual dental ha comenzado

Usted y su familia están actualmente inscritos en Dental Wellness Plan y reciben atención a través de un plan dental. Puede cambiar su inscripción en el plan dental cada año durante su período de elección anual.

Durante este período de elección anual, las personas listadas en el reverso de esta carta tienen la oportunidad de cambiar su plan dental por cualquier motivo.

**Si quiere mantener todo de la misma forma, no necesita hacer nada.**

Para cambiar a un plan dental diferente, siga los pasos a continuación. Este cambio entrará en vigencia el **<effective date>**.

### Paso 1

#### Revisión

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

### Paso 2

#### Elección

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

### Paso 3

#### Inscripción (elija una opción)

- **Teléfono:** Llame a Iowa Medicaid Member Services (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**.
- **Por correo:** Devuelva el formulario de cambio de plan completo (adjunto) a:  
Member Services  
PO Box 36510  
Des Moines, IA 50315
- **Correo electrónico:** El formulario de cambio de plan se puede enviar a [imemember@hhs.iowa.gov](mailto:imemember@hhs.iowa.gov)

Voltee esta carta para ver su inscripción actual en el plan dental.

Su inscripción para el plan dental se detalla a continuación. Los cambios realizados en la inscripción entrarán en vigencia el <<**EFFECTIVE DATE**>>.

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.

<b>Número de identificación del estado</b>	<b>Nombre del miembro</b>	<b>Plan dental</b>	<b>Teléfono del plan dental</b>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>

Existe asesoramiento para realizar la elección, disponible si llama a Iowa Medicaid Member Services al **1-800-338-8366** o, si vive en el área de Des Moines, al **515-256-4606**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

También puede enviar sus preguntas por correo electrónico a Member Services 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 lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

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