

<Print Date>

<Case Number>

¡Los miembros de Hawki tienen una opción!

Estimada familia de Hawki:

Le escribimos con información importante sobre su cobertura de salud de Healthy and Well Kids in Iowa (Hawki) y las opciones disponibles para usted. La información al dorso de esta carta enumera la organización de atención administrada (MCO) a la que se asignará cada niño a partir del **<effective date>**.

La asignación de MCO de su hijo no ha cambiado. Sin embargo, durante este período de elección abierta, usted tiene la opción de cambiar la MCO de su hijo, si lo desea.

Estas son las MCO que puede elegir:

- Iowa Total Care
- Molina Healthcare of Iowa
- Wellpoint (anteriormente Amerigroup)

En este correo se incluye más información sobre estas MCO.

Si está satisfecho con las MCO asignadas al dorso de esta carta, no necesita hacer nada.

Si quiere cambiar a un plan de salud diferente, complete el Formulario de cambio de plan y devuélvalo a Servicios para Miembros en un plazo no mayor al **<choice period end date>.**

Consulte el reverso de esta carta para obtener información adicional sobre los plazos.

Para cambiar su MCO:

Correo electrónico: hawki@dhs.state.ia.us

Teléfono: 1-800-257-8563

Correo postal: Hawki Member Services
PO Box 36510
Des Moines, IA 50315

Dele la vuelta a esta carta para ver a qué MCO se le asignará a partir del **<effective date>.**

La MCO asignada a sus hijos a partir del <effective date>

Número de identificación del estado	Nombre del miembro	MCO	Teléfono de la MCO
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<MCO>	<###-###-####>

Información importante sobre plazos

Si desea solicitar cambios en su plan de salud o dental, debe hacerlo en un plazo no mayor al

<choice period end date>. Para confirmar cuándo entrará en vigencia su elección, comuníquese con los Servicios para miembros de Medicaid de Iowa llamando al 1-800-338-8366 o al 515-256-4606 en el área de Des Moines.

Para asistencia telefónica de accesibilidad si usted es sordo, con discapacidad auditiva, sordociego o tiene dificultades para hablar, llame a Relay Iowa TTY al 1-800-735-2942.

Llame al 1-800-735-2942, a Relay Iowa TTY (teléfono de texto para personas con problemas de audición, del habla y ceguera) si necesita asistencia telefónicamente.

El Iowa Department of Health and Human Services (HHS) cumple con las leyes federales sobre los derechos civiles y no discrimina basado en su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o género.