

Su periodo de elección anual ha comenzado.

<Fecha> , <Número de caso>

Usted y su familia están actualmente inscritos en el Dental Wellness Plan con cobertura dental a través de una compañía de seguro dental. Tienen dos compañías de seguro dental de donde elegir para su cobertura bajo el Dental Wellness Plan. Puede cambiar de compañía de seguro dental cada año durante el Periodo de Elección Anual.

Su periodo de elección anual ha comenzado y finaliza <<Fecha de finalización>>

Durante este Periodo de Elección Anual, las personas listadas en esta carta tienen la oportunidad de cambiar de compañía de seguro dental por cualquier motivo.

SI QUIERE MANTENER TODO DE LA MISMA FORMA, NO NECESITA HACER NADA.





Si desea cambiar de compañía de seguro dental, siga las instrucciones a continuación.

En esta correspondencia encontrará información sobre estas dos compañías de seguro dental:

- Delta Dental
- MCNA Dental



Para cambiar de compañía de seguro dental:

-  **En línea:** Complete el formulario de Cambio de compañía de seguro dental (Dental Carrier Change Form) en el sitio web del DHS en: www.dhs.iowa.gov/dental-wellness-plan/choice.
-  **Por correo electrónico:** A Iowa Medicaid Member Services a IMEMemberServices@dhs.state.ia.us.
-  **Por teléfono:** llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al **1-800-338-8366** o **515-256-4606** en la zona de Des Moines.
-  **Por correo postal:** si lo desea, puede solicitar un formulario impreso para enviarlo por correo postal. Para solicitar un formulario impreso, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al **1-800-338-8366**.

Si decide cambiar su compañía de seguro dental, la cobertura con la nueva compañía comenzará en <<Fecha de comienzo de cobertura>>. Después que haya finalizado el Periodo de Elección Anual, y durante todo el año, podrá cambiar de compañía de seguro dental solamente si tiene un "Motivo justificado". Para obtener más información, por favor 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**.

470-5441S (Rev. 9/20)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)。

Servicios para Miembros de Iowa Medicaid: **1-800-338-8366** | www.DHS.iowa.gov/Dental-Wellness-Plan

Su compañía de seguro dental actual

Número de identificación del estado	Nombre del miembro	Compañía de seguro dental	Teléfono de la compañía de seguro dental
<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>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>
<0000000X>	<NOMBRE DEL MIEMBRO>	<DC>	<###-###-####>

Si usted es sordo, tiene dificultades auditivas, es sordociego o tiene dificultades del habla y necesita asistencia telefónica, llame al 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.