

# Elección de su plan dental

- ..... Todos los miembros de InterCommunity Health Network Coordinated Care Organization (IHN-CCO) deben elegir un plan dental.
- ..... Por favor, consulte el Directorio del Plan Dental para obtener una lista completa de opciones de planes dentales para elegir.
- ..... Por favor, enumere los miembros de su familia inscritos en InterCommunity Health Network Coordinated Care Organization (IHN-CCO).

1      Nombre \_\_\_\_\_ ID del Miembro \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Elección de plan dental \_\_\_\_\_

2      Nombre \_\_\_\_\_ ID del Miembro \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Elección de plan dental \_\_\_\_\_

3      Nombre \_\_\_\_\_ ID del Miembro \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Elección de plan dental \_\_\_\_\_

4      Nombre \_\_\_\_\_ ID del Miembro \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Elección de plan dental \_\_\_\_\_

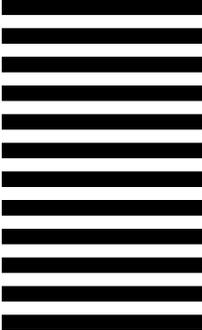
**Si recibimos noticias tuyas dentro de 1 semana, se le asignará un plan dental.**

**Para elegir un dentista, por favor póngase en contacto con su plan dental directamente.**

**Para obtener más información, por favor llame al 1-800-832-4580.**



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 35 CORVALLIS, OR

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

INTERCOMMUNITY HEALTH PLAN CCO  
PO BOX 887  
CORVALLIS OR 97339-9916



SCORE - FPO

## Elección de un plan dental

Por favor, consulte el Directorio del Plan Dental para obtener una lista completa de opciones de planes dentales para elegir. Si recibimos noticias suyas dentro de 1 semana, se le asignará un plan dental.

Le enviaremos una tarjeta de identificación con el nombre de su plan dental.

En caso de que hayamos escogido su plan dental por usted, puede pedir un nuevo plan dental llamando a IHN-CCO en Corvallis al 541-768-4550, sin cargo al 1-800-832-4580 o por TTY al 1-800-735-2900. Usted también puede realizar su solicitud por escrito y enviarla por correo a la oficina de IHN CCO a PO Box 887, Corvallis, Oregon 97339.

DOBLAR POR LA MITAD Y SELLAR CON CINTA. NO ENGRAMPAR.

