

¿Necesita un
INCENTIVO?

Gane
\$50



PW_11-24_318R_02-26
DHS_Aproved_03/10/2026

Información de salud y bienestar, o 'prevención de salud y bienestar', es un requisito para obtener el incentivo.

 **PrimeWest**
HEALTH™

3905 Dakota St
Alexandria, MN 56308

PRSR STD
FRANQUEO DE
LOS EE. UU.
PAGADO
St. CLOUD MN
PERMISO NÚM. 2650

Gane una tarjeta de regalo de \$50 por realizarse un examen dental

Para obtener la tarjeta, en la fecha de servicio, usted o su hijo debe ser miembro únicamente de Medical Assistance (Medicaid) y de los programas Families and Children, MinnesotaCare o Special Needs BasicCare (SNBC), su hijo debe tener entre 1 y 20 años, y PrimeWest Health debe ser su seguro médico principal. Al completar el cupón, usted declara que la información proporcionada es verdadera a su leal saber y entender. Es posible que PrimeWest Health revise la información de la reclamación para confirmar que se brindó el servicio. Se limita a una por año y por miembro para este servicio. Envíe el cupón completado a PrimeWest Health a la dirección que aparece a la derecha. **La letra debe ser legible.**

Envíe el cupón completado a:

Attn: Member & Provider
Services
PrimeWest Health
3905 Dakota St
Alexandria, MN 56308

Su tarjeta de regalo puede demorar de 3 a 6 meses en llegar.

GAÑE \$50 POR MANTENERSE SALUDABLE

Los exámenes dentales son importantes

Los exámenes dentales regulares pueden ayudar a **prevenir la caries dental**, una condición dolorosa que puede causar dificultad para concentrarse, problemas para comer y pérdida de peso. La caries dental puede tener un efecto perjudicial sobre la salud general. En los niños, puede provocar un desarrollo deficiente del habla.



Dado que los exámenes dentales son importantes, PrimeWest Health ofrece una **tarjeta de regalo de \$50** a los miembros que sean elegibles y que completen un examen dental en 2026. Para ser elegible, en la fecha de servicio, usted o su hijo debe ser miembro únicamente de Medical Assistance (Medicaid) y de los programas Families and Children, MinnesotaCare o Special Needs BasicCare (SNBC), su hijo debe tener entre 1 y 20 años, y PrimeWest Health debe ser su seguro médico principal.

Para obtener la tarjeta de regalo, cuando usted o su hijo elegible complete un examen dental en 2026, infórmenos mediante una de las siguientes opciones:

Complete el cupón adjunto y envíelo por correo a la dirección que figura a continuación.

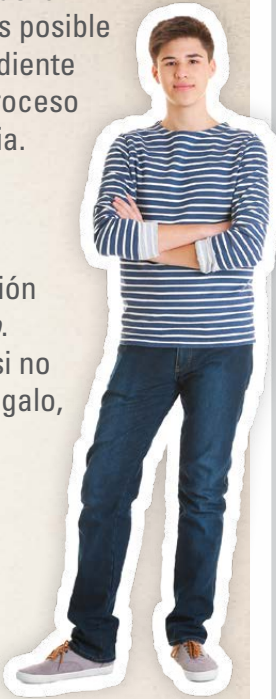
Attn: Member & Provider Services
PrimeWest Health
3905 Dakota St
Alexandria, MN 56308

Escanee el código QR a continuación y envíenos su información en línea.



Al completar el cupón o el formulario en línea, usted declara que la información proporcionada es verdadera a su leal saber y entender. Es posible que PrimeWest Health revise la información de la reclamación para confirmar que se brindó el servicio. Es posible que debamos recibir primero la reclamación correspondiente al servicio antes de enviarle la tarjeta de regalo. Este proceso puede tardar entre 3 y 6 meses. Gracias por su paciencia.

La mayoría de los exámenes dentales de rutina son un beneficio cubierto que se proporciona sin costo a los miembros de nuestro plan. Encontrará toda la información completa sobre la cobertura en el **Manual del Miembro**. Si necesita ayuda para programar un examen dental o si no sabe con seguridad si es elegible para una tarjeta de regalo, llame a Servicios para Miembros al **1-866-431-0801**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3529** o al **711**. Estas llamadas son gratuitas.



¿No habla inglés?

memberservices@primewest.org 1-866-431-0801 TTY 711

La discriminación es ilegal. PrimeWest Health no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, credo, religión, orientación sexual, estado de asistencia pública, estado civil, edad, discapacidad o sexo.

Para recibir su tarjeta de regalo, envíe este cupón completado o escanee el código QR que se encuentra dentro.



Fecha del examen dental _____ Clínica _____

Nombre del miembro _____

Núm. de identificación del miembro _____

Fecha de nacimiento del miembro _____ Nombre del padre, la madre o el tutor (si corresponde) _____

Núm. de teléfono del miembro o del padre, la madre o el tutor (si corresponde) _____

El servicio debe completarse en 2026. La fecha límite para enviar el cupón es el 31 de enero de 2027. Solo una tarjeta de \$50 por miembro y por año por completar un examen dental.

