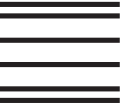


24434.0612



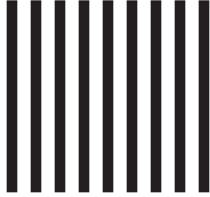
NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 24605 CHICAGO IL

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**HMO MEMBER SERVICES
BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF ILLINOIS
PO BOX 805107
CHICAGO IL 60680-0657**





Para una traducción al español de este texto,
por favor, póngase en contacto con BCBSIL
al número que aparece en la parte posterior
de su tarjeta de identificación.



The HMOs of Blue Cross and Blue Shield of Illinois HMO Illinois and BlueAdvantageSM HMO

To receive a Description of Coverage specific to your plan, call HMO Member Services at the number on the back of your ID card or complete and return this postage-paid card. (Please note that if all information is not provided, we may not be able to process your request.)

Para recibir una Descripción de Cobertura específica para su HMO plan, comuníquese con Servicios para los Miembros de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) llamando al número indicado al dorso de su tarjeta de identificación o complete y envíe esta tarjeta con franqueo pagado. (Tenga en cuenta que, si no proporciona toda la información, es posible que no podamos procesar su solicitud).

Name/Nombre[illegible]

Member ID Number/Número de identificación de miembro

Group Number (see your ID card)/Número de grupo
(consulte su tarjeta de identificación)

■
■

Address/Dirección[illegible]City/Ciudad

City/Ciudad

State/Estado

ZIP/Código postal