

Cómo llenar el Formulario de Atención Médico-Dental de Medi-Cal

Use el **Formulario de Opción Regular Médi-Cal Dental** para afiliarse o cambiar el plan dental o volver a Medi-Cal Regular (Tarifa por servicio). Puede utilizar el formulario hasta para tres miembros de la familia. Puede obtener más formularios llamando a Health Care Options al 1-800-430-3003.

Sírvase escribir claramente en letra imprenta usando sólo tinta azul o negra. Escriba en letras mayúsculas y llene completamente todas las áreas que indican su elección. **Vea el ejemplo en la parte posterior del formulario de elección.**

Nombre del Jefe de Familia

Esta sección debe completarla el jefe de familia afiliado a Medi-Cal.

1. NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA

Escriba en letra imprenta su nombre completo (Nombre y Apellido).

2. SEXO

Marque el óvalo M para masculino o F para femenino.

The diagram shows a portion of the 'FORMULARIO DE ELECCIÓN DENTAL MEDI-CAL'. At the top left is the 'My Medi-Cal Choice' logo. The title 'FORMULARIO DE ELECCIÓN DENTAL MEDI-CAL' is centered. Below the title is a paragraph of instructions: 'Utilice este formulario para unirse o cambiarse de plan dental o regresar a Medi-Cal Regular. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-430-3003. Envíe por correo este formulario completo a: California Department of Health Care Services • Health Care Options • Box 989009, W. Sacramento, CA 95798-9850.' Below this is a bold instruction: 'SÍRVASE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA IMPRENTA USANDO SÓLO TINTA AZUL O NEGRA. LLENE COMPLETAMENTE LOS ÓVALOS PARA INDICAR SU ELECCIÓN. VEA EL EJEMPLO EN LA PARTE POSTERIOR.' The form contains several fields: '1) Nombre de Jefe de Familia (Nombre, Apellido)' with a long horizontal line; '2) Sexo' with two radio buttons labeled 'M' and 'F'; '3) Número de Teléfono' with a line and a small diagram of a phone number format; and '4) Dirección (Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal)' with a long horizontal line. Arrows point from the numbered instructions above to these specific fields on the form.

4. DIRECCIÓN

Escriba en letra imprenta su dirección incluyendo el Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal.

3. NÚMERO DE TELÉFONO

Escriba su código de área y número de teléfono de su casa.

Escogiendo un Plan Dental

Antes de continuar con el formulario, escoja un plan dental para cada miembro de la familia. Usted puede escoger diferentes planes para cada miembro de la familia. También puede escoger diferentes dentistas en el mismo plan dental para cada miembro de la familia. Después de haber elegido su plan dental, puede completar el Formulario de Elección Dental Medi-Cal.

- **Código del Dentista/ Clínica:**

Escriba el número de código para el dentista o clínica. Esta información se puede encontrar en el Directorio de Proveedores del Plan (Plan Provider Directory). Si no hay número, deje el espacio en blanco.

Por ejemplo, el número de código se puede encontrar en el Directorio de Proveedores como:

- **Proveedor del Dentista #**
- **PCP #**
- **Número de Identificación (ID)**
- **Número de Identificación del Doctor**
- **PIN (Número de Identificación del Proveedor)**
- **Proveedor 0000** (ex. del proveedor 3322)
- **# 0000, * 00000 ó 00000** (ej. # 3322 encima o junto al nombre del Doctor)

Completar y Enviar el Formulario por Correo

DECLARACIÓN DE ELECCIÓN: Yo/ nosotros he/ hemos hecho la elección por escrito para recibir los beneficios de Medi-Cal a través de los planes dentales, tal como lo he/hemos indicado en este formulario. Yo/ nosotros he/ hemos leído y entendido las condiciones de este contrato. Yo/ nosotros entendemos que para cambiar mi/ nuestro plan Dental Medi-Cal actual, yo/ nosotros debemos completar este formulario.

Firma del Jefe de la Familia Fecha Firma de Otro Adulto Fecha Firma de Otro Adulto Fecha

Highly Confidential



FIRMA

Asegúrese de que usted y cualquier otro adulto que aparece en el formulario FIRME y ponga la fecha al final del formulario.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame a Health Care Options al 1-800-430-3003. También hay reuniones a las que puede asistir para consultar las opciones del plan de salud.

NO LLAME A SU ENCARGADO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE SU FORMULARIO DE ELECCIÓN MEDI-CAL. Su Encargado de Atención del Programa sólo puede ayudarlo con preguntas acerca de los beneficios o elección de Medi-Cal.