Reinicializar

Imprimir

FORMULARIO DE ELECCIÓN DENTAL MEDI-CAL

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.

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.

1) Nombre del Jefe de Familia (Nombre, Apellido)

2) Sexo ○ M ○ F

3) Número de Teléfono ___ - ___ - ___

4) Dirección (Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal)

Sírvase escoger un Plan Dental de la lista para cada miembro mencionado. Los Códigos del Doctor/ Clínica se pueden encontrar en el Directorio de Proveedores del Plan Dental.

5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)

6) Sexo ○ M ○ F

6b) Número de Seguro Social ___ - ___ - ___

PLANES DENTALES

○ ***Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:***

- ○ 405 Health Net
- ○ 403 Care 1st Health Plan
- ○ 409 Access Dental Plan
- ○ 406 SafeGuard Dental, Inc.
- ○ 410 American Health Guard
- ○ 413 Western Dental Services
- ○ 416 Liberty Dental Plan of CA
- ○ 417 Community Dental Svc, Inc.

Código del Dentista / Clínica

PLANES DENTALES

- ○ 000 Regular Medi-Cal (FFS)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan.*

5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)

6) Sexo ○ M ○ F

6b) Número de Seguro Social ___ - ___ - ___

PLANES DENTALES

○ ***Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:***

- ○ 405 Health Net
- ○ 403 Care 1st Health Plan
- ○ 409 Access Dental Plan
- ○ 406 SafeGuard Dental, Inc.
- ○ 410 American Health Guard
- ○ 413 Western Dental Services
- ○ 416 Liberty Dental Plan of CA
- ○ 417 Community Dental Svc, Inc.

Código del Dentista / Clínica

PLANES DENTALES

- ○ 000 Regular Medi-Cal (FFS)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan.*

5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)

6) Sexo ○ M ○ F

6b) Número de Seguro Social ___ - ___ - ___

PLANES DENTALES

○ ***Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:***

- ○ 405 Health Net
- ○ 403 Care 1st Health Plan
- ○ 409 Access Dental Plan
- ○ 406 SafeGuard Dental, Inc.
- ○ 410 American Health Guard
- ○ 413 Western Dental Services
- ○ 416 Liberty Dental Plan of CA
- ○ 417 Community Dental Svc, Inc.

Código del Dentista / Clínica

PLANES DENTALES

- ○ 000 Regular Medi-Cal (FFS)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan.*

INTERNAL USE ONLY

***CÓDIGOS DE LAS RAZONES DEL CAMBIO DE PLAN:**

Código 1: No pude escoger al doctor o dentista que deseaba
Código 2: El plan de salud/ dental no satisfacía mis necesidades
Código 3: Mi doctor/ dentista no satisfacía mis necesidades
Código 4: Está muy lejos de mi casa
Código 5: Yo no escogí este plan
Código 6: Se muda del condado
Código 7: NO APLICA
Código 8: NO APLICA
Código 9: Otros

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

7254061943

Highly Confidential

DHCS California Department of HealthCareServices

LA_0VD3452_SPA_0707