

Cómo Inscribirse en un Plan Medi-Cal Dental de Health Net

Siga los pasos que se indican a continuación para inscribirse en un plan y elegir su dentista. Complete con letra de imprenta legible y use tinta azul o negra.

Inscríbese en su plan dental

1. Use el formulario de elección de plan dental de Medi-Cal para inscribirse en su plan.
2. Complete la parte superior del formulario (nombre, dirección, número de teléfono, etc.).
3. La siguiente parte del formulario es sobre cada una de las personas de su hogar que se inscribirán en el plan. Primero complete con su información.
4. Rellene el óvalo que se encuentra junto a *Health Net*. Rellénelo completamente con tinta azul o negra.
 - Correcto:
 - Incorrecto:
5. Luego, agregue el código del dentista o de la clínica correspondiente a su dentista.
 - Ingrese en **www.hndental.com** y haga clic en *Find a Dentist* (Buscar un dentista) y luego seleccione *Medi-Cal*.
 - Haga clic en *View Details* (Ver detalles) en los resultados de la búsqueda para encontrar más información sobre el dentista.
 - Busque el **identificador de proveedor nacional** de 10 dígitos correspondiente a su dentista. Escriba este número en el formulario, donde dice *Dentist/Clinic Code* (Código del dentista o de la clínica).
6. Repita los pasos 3 a 5 para cada persona que quiera inscribir en un plan dental.
7. Asegúrese de que cada adulto que inscriba firme y feche el formulario.
8. Envíe el formulario en el sobre adjunto. No es necesario poner estampillas.

1 FORMULARIO DE ELECCIÓN DENTAL MEDI-CAL

Utilice este formulario para unirse o cambiarse de plan dental o registrarse 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 985009, W. Sacramento, CA 95716-9850. **SÍRVASE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA IMPRENTA USANDO SOLO TINTA AZUL O NEGRA. LLENE COMPLETAMENTE LOS ÓVALOS. PARA INDICAR SU ELECCIÓN, VEA EL EJEMPLO EN LA PARTE POSTERIOR.**

2 Nombre del jefe de Familia (Nombre, Apellido) _____ Sexo: M F
 Dirección (Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal) _____
 Teléfono (Número de Área) _____ (Número de Teléfono) _____

3 Si desea UNIRSE o CAMBIAR de plan a: Health Net Access Dental Plan Liberty Dental Plan of CA Regular Medi-Cal (FFS)

4 Health Net Access Dental Plan Liberty Dental Plan of CA Regular Medi-Cal (FFS)

5 Código del Dentista / Clínica _____

6 Ingrese el código de la razón del cambio de plan: _____

7 Fecha del jefe de Familia _____ Fecha _____ Firma de Otro Adulto _____ Firma de Otro Adulto _____

7254061943 Highly Confidential LA_09V3452_SPA_0513

Si necesita ayuda, llámenos al número gratuito: **1-800-213-6991 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 7:30 a. m a 6:00 p. m.

Además, puede llamar al número gratuito de Opciones de Atención de Salud: **1-800-430-4263 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m.

Health Net of California, Inc., y Health Net Community Solutions, Inc., son subsidiarias de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

FLY044657SO00 (1/21)