



EN ESTA EDICIÓN

- Pág. 1 Reserve la fecha:
Sonríe, California
Evento en directo de
Facebook 15 de septiembre
- Pág. 2 Septiembre es el mes del
envejecimiento saludable
- Pág. 3 Su información protegida
sobre la salud: Cómo
asignar un representante
autorizado
- Pág. 5 Identificación de miembro
de Medi-Cal
- Pág. 7 Asistencia con el idioma

Infórmese sobre los
servicios dentales
gratuitos o de bajo costo
para ayudar a mantener
su sonrisa saludable,
y la de su familia, en
SonríeCalifornia.org.

ENCUENTRE UN DENTISTA

Haga clic para obtener
una lista completa de
proveedores dentales de
Medi-Cal en su área.

Reserve la fecha: *Sonríe, California* Evento en directo de Facebook 15 de septiembre

Miembros de Medi-Cal, ¡participen con nosotros en un evento especial en directo de Facebook el 15 de septiembre! Haremos lo siguiente:

- Hablaremos sobre el papel importante que desempeña la salud dental en el éxito académico de su hijo.
- Charlaremos sobre cómo ayudar a su hijo a mantener buenos hábitos dentales.
- Responderemos a sus preguntas sobre Medi-Cal Dental y su beneficio dental.

Quédese durante toda la presentación y tal vez pueda ganar una de las dos tarjetas regalo VISA de \$50.

Tema: Evento en directo de Facebook *Sonríe, California*:
¡Sonrisas saludables, futuros brillantes!

Lugar: Facebook.com/events/557137522143406/

Día y hora: Miércoles, 15 de septiembre de 2021, de
1:00 p. m. a 2:00 p. m. hora estándar del Pacífico

Idioma: inglés

Continúa en la página 2



Mientras tanto, nos encantaría ponernos en contacto con usted en línea. Siga nuestra [página de Facebook](#) haciendo clic en “Me gusta” o síganos en [Instagram](#) para obtener actualizaciones sobre la *campana de Sonríe, California*. También puede visitar [SonríeCalifornia.org](#) para obtener más información.

Septiembre es el mes del envejecimiento saludable

Una sonrisa saludable no envejece nunca. Septiembre es un buen momento para que las personas mayores revisen los buenos hábitos dentales y sus [servicios cubiertos](#). Ayude a mantener los dientes y las encías saludables asegurándose de lo siguiente:

- Cepíllese los dientes dos veces al día y use hilo dental diariamente.
- Si tiene dentadura postiza, límpiela a diario con limpiadores hechos para esta. Recuerde cepillarse las encías con un cepillo de dientes suave.
- Siga una dieta saludable y equilibrada.
- Visite al dentista para una revisión una vez al año.

Como miembro de Medi-Cal, puede optar a los siguientes servicios gratuitos o de bajo costo:

- | | |
|---|--|
| » Exámenes dentales (cada 12 meses) | » Conductos radiculares |
| » Limpieza (cada 12 meses) | » Dentaduras postizas parciales y completas |
| » Topicación con flúor (cada 12 meses) | » Recubrimientos de dentaduras postizas |
| » Radiografías | » Extracción de un diente |
| » Limpiezas profundas (limpieza de sarro y alisado radicular) | » Servicios de emergencia |
| » Empastes | » Otros servicios dentales necesarios desde el punto de vista médico |
| » Coronas | |

Su seguridad es importante, ahora más que nunca. Siga las instrucciones de su dentista cuando acuda al consultorio dental. Para saber qué esperar en su próxima visita, lea este [importante mensaje sobre el COVID-19](#) de *Sonríe, California*.

Continúa en la página 3



¿Necesita encontrar un dentista? Utilice nuestra [herramienta Encuentre un dentista](#) para encontrar el adecuado para usted.

Su información protegida sobre la salud Cómo asignar un representante autorizado

Como miembro de Medi-Cal, puede darle permiso a otra persona para que acceda a su información dental. Puede hacer esto de dos maneras diferentes:

1. **Dé su consentimiento verbal.** Si usted y una persona de confianza llaman al servicio al cliente de Medi-Cal Dental, un representante le preguntará si su información dental puede comentarse en la llamada con la otra persona. Simplemente puede responder “sí” para dar su consentimiento verbal. Este tipo de permiso solo es bueno para esa llamada telefónica.

O

2. **Complete, firme y envíe un Formulario de representante autorizado.** Este formulario le permite a la persona de su confianza hablar con un representante de Medi-Cal Dental sin que esté usted en la llamada cada vez. Un representante autorizado puede ser un familiar, un amigo, una organización o cualquier persona que usted elija.

- Puede obtener el formulario en el sitio web de *Sonríe, California* [aquí](#).
- Una vez que haya completado el formulario, envíelo por correo electrónico a MemberFormReturn@delta.org o por correo postal a la siguiente dirección:

Medi-Cal Dental Program
Attn: Information Security/Privacy Office
P.O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539

- **Nota:** La asignación de un representante autorizado es opcional. No necesita un representante autorizado para comentar sobre su propia información dental.

Continúa en la página 4



Recuerde los consejos importantes que aparecen a continuación cuando envíe un formulario de representante autorizado. Esto nos ayudará a procesar su solicitud con más facilidad.

- » **NO incluya varios nombres en un formulario.** No hay límite para cuántos representantes autorizados puede tener, pero debe enviar un formulario por separado para cada persona.
- » **Escriba con claridad.** Utilizamos la información que nos proporciona en el formulario para verificar a su representante autorizado cuando nos llama.
- » **Sea muy específico con las instrucciones especiales.** Su representante autorizado puede ayudarlo con todas las tareas relacionadas con Medi-Cal Dental, pero usted también puede limitar sus tareas. Algunos ejemplos de obligaciones del representante autorizado son las siguientes:
 - Darnos la información que solicitamos
 - Notificar los cambios
 - Brindar asistencia durante las llamadas a Medi-Cal Dental
 - Ayudar con las quejas y audiencias estatales
- » **Tanto usted como su representante autorizado deben firmar el formulario.** Si no recibimos un formulario completado firmado por usted y su representante autorizado, no podremos divulgar su información dental a esa persona.

Además de usted y su representante autorizado, solo compartimos su información dental con su dentista o representante personal legal. **Un representante autorizado no es lo mismo que un representante personal.** Un representante personal puede tomar decisiones relacionadas con la salud y un representante autorizado no puede. Los ejemplos de un representante personal incluyen:

- Padres de un menor
- Tutor legal
- Poder notarial médico
- Albacea de patrimonio
- El pariente más cercano de una persona fallecida

Puede encontrar más información sobre los representantes autorizados consultando estos recursos:

Continúa en la página 5

- [Información sobre solicitudes de representantes autorizados y autorización de tratamiento](#)
- [Preguntas frecuentes sobre el representante autorizado del miembro](#)
- [Sección del representante autorizado del Manual del miembro](#)

Si tiene alguna otra pregunta, llame al centro de atención telefónica al 1-800-322-6384.

Identificación del miembro del Medi-Cal

Asegúrese de estar preparado para su próxima visita dental. Lleve estos artículos cada vez que visite al dentista. El consultorio dental los utiliza para comprobar su cobertura y elegibilidad de Medi-Cal.

- » **Tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC):** La BIC es su identificación Medi-Cal (ID). Tener la tarjeta no garantiza la elegibilidad para los beneficios de Medi-Cal.

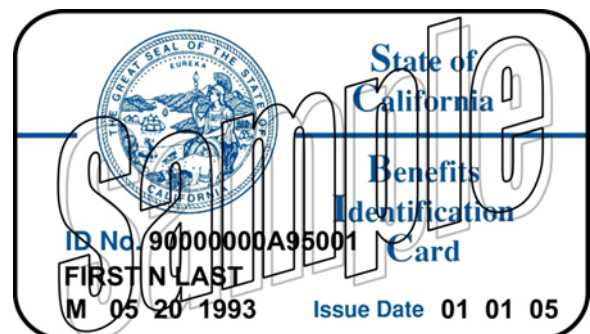
BIC con diseño de amapola:



Tarjeta de identificación de Medi-Cal de presunta elegibilidad:

DO NOT DESTROY THIS CARD/NO DESTRUYA ESTA TARJETA																			
SIGNATURE/FIRMA: <i>Jane Doe</i>	DATE/FECHA: 09/19/99																		
THE PERSON NAMED ON THIS CARD IS ELIGIBLE TO RECEIVE BENEFITS UNDER PRESUMPTIVE ELIGIBILITY																			
VALID FOR AMBULATORY PRENATAL CARE AND PHARMACY SERVICES ONLY																			
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">PROVIDER USE ONLY</th> </tr> <tr> <td>MEDI-CAL APPLICATION FILED:</td> <td>PROVIDER SIGNATURE:</td> </tr> <tr> <td>PE PROVIDER SIGNATURE:</td> <td>PROVIDER TITLE:</td> </tr> <tr> <td>PE PROVIDER TITLE:</td> <td>STAMP HERE:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SECOND GOOD THRU:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MEDI-CAL ID: 12-7G-ZA34567-8-90</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FIRST GOOD THRU: 10/31/99</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PATIENT NAME: JANE DOE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DOB (MM/DD/YYYY): 123170</td> </tr> </table>		PROVIDER USE ONLY		MEDI-CAL APPLICATION FILED:	PROVIDER SIGNATURE:	PE PROVIDER SIGNATURE:	PROVIDER TITLE:	PE PROVIDER TITLE:	STAMP HERE:	SECOND GOOD THRU:		MEDI-CAL ID: 12-7G-ZA34567-8-90		FIRST GOOD THRU: 10/31/99		PATIENT NAME: JANE DOE		DOB (MM/DD/YYYY): 123170	
PROVIDER USE ONLY																			
MEDI-CAL APPLICATION FILED:	PROVIDER SIGNATURE:																		
PE PROVIDER SIGNATURE:	PROVIDER TITLE:																		
PE PROVIDER TITLE:	STAMP HERE:																		
SECOND GOOD THRU:																			
MEDI-CAL ID: 12-7G-ZA34567-8-90																			
FIRST GOOD THRU: 10/31/99																			
PATIENT NAME: JANE DOE																			
DOB (MM/DD/YYYY): 123170																			
PE Provider Signature: <i>John Jake, MD</i>	Date: 09/19/99																		
PE Provider Title: M.D.																			

BIC antes del diseño de amapola:



Tarjeta de necesidad inmediata:

STATE OF CALIFORNIA	
TEMPORARY BENEFITS IDENTIFICATION CARD	
FOR IDENTIFICATION PURPOSES ONLY	
PROVIDER: PLEASE VERIFY ELIGIBILITY	
ID NO. BICIDNUMBERXXX	ISSUE DATE: MM/DD/YYYY
FIRSTNAME I LASTNAME APL	GOOD THRU : MM/DD/YYYY
F MM/DD/YYYY	
SIGNATURE _____	
TERMVTAMCICSTRANYYYYMMDDHHMMSSDDOPRXXXXDISWRKR	

Continúa en la página 6



- » **ID con foto actual válida:** Lleve una ID con foto de California que sea válida y actual, como una licencia de conducir o una tarjeta de identificación. **Si su ID con foto ha vencido, el consultorio dental la aceptará hasta seis meses después de la fecha de vencimiento.**
- » **Número de seguro social (SSN):** El consultorio dental puede utilizar el número de Seguro Social de un niño adoptivo para comprobar la elegibilidad si el niño no tiene un código de BIC.
- » **Otro seguro dental:** Si tiene otro seguro dental, lleve esta información para mostrar al consultorio dental.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura o elegibilidad de Medi-Cal, llame a nuestro Centro de servicio telefónico al 1-800-322-6384.

Continúa en la página 7



Asistencia con el idioma

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922).

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922). 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱՄԻՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություններ։ Ձանգահարեք 1-800-322-6384 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-735-2922):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-322-6384 (телетайп: 1-800-735-2922).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922) まで、お電話にてご連絡ください。

Continúa en la página 8



Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-322-6384 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2922).

हंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវនករយើងនឹងជួយអ្នក ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922)។

ພາ ສາ ລາ ອ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922).