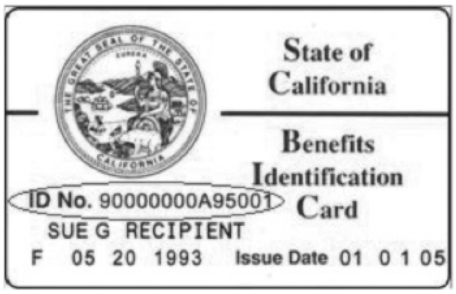
إرشادات بشأن الاستمارة: طلب لـ Beneficiary Dental Exception (BDE)

إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على رعاية الأسنان لك أو لأحد أفراد عائلتك في Sacramento County، فهناك مساعدة متاحة من أجلك. يرجى استكمال هذه الاستمارة وإرسالها.

ما هي طريقة تعبئة هذه الاستمارة؟

إذا كنت تقوم بتعبئة هذه الاستمارة لأن *طفلك* هو المريض وبحاجة إلى الخدمات، فيرجى إكمال هذه الاستمارة باستخدام بيانات طفلك. يرجى التأكد من الكتابة بوضوح والإجابة بأكبر قدر من التفصيل. إذا تعذر علينا تحديد هويتك من واقع المعلومات المقدمة، فقد يؤخر هذا طلبك.



❶ *اسم الشخص الذي يقوم بتعبئة الاستمارة:* اكتب الاسم الأول والأخير.

❷ *اسم المريض (الأول والأخير):* اكتب الاسم الأول والأخير.

❸ *رقم Benefits Identification Card Number للمريض (BIC):*
اكتب رقم BIC المكون من 14 خانة. وعادة ما يكون ثمانية أرقام (8) متبوعاً بحرف واحد (1) وخمسة (5) أرقام أخرى.

❹ *تاريخ الميلاد:* اكتب الشهر المكون من خانتين (2)، واليوم المكون من خانتين (2)، والسنة المكونة من أربع (4) خانات التي وُلد فيها طفلك.
على سبيل المثال: 05/10/2010

❺ *أفضل رقم هاتف للتواصل معك:* اكتب أفضل رقم هاتف مكون من 10 أرقام بما في ذلك رمز المنطقة الذي يمكن الاتصال بك من خلاله. على سبيل المثال XXX-XXX-XXXX

❻ *يرجى تحديد كافة المربعات التي تنطبق:* إذا قمت بتحديد "غير ذلك"، يرجى شرح المشكلة (المشكلات) الخاصة بتحديد موعد.

❼ *التوقيع (المريض أو ولي الأمر إذا كان المريض طفلاً قاصراً):* قم بتوقيع الاستمارة وتأريخها. يلزم التوقيع في حالة الموافقة على خطة إلغاء الالتحاق بخطة الأسنان.

كيف يمكنني تسليم هذه الاستمارة؟

البريد:
Attn: Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS4708
Sacramento, CA 95899-7413

البريد الإلكتروني: Subject: Dental Managed Care BDE: dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov

الفاكس: Attn: Dental Managed Care BDE, (916) 464-3783

ما الذي يمكنني أن أتوقعه؟

- عندما تتلقى Medi-Cal Dental Managed Care Unit الاستمارة، فسوف تتلقى اتصالاً هاتفياً خلال ثلاثة (3)أيام عمل من الاستلام.
- سوف يساعد طاقم Medi-Cal للأسنان في ترتيب موعد معك أو مع موفر الخدمة لطفلك.
- في حالة النجاح في ترتيب موعد، سيقوم طاقم Medi-Cal للأسنان بإجراء مكالمة متابعة بعد تحديد الموعد للتأكد من عدم وجود أي مشكلات إضافية في التواصل.
- إذا لم ينجح طاقم Medi-Cal للأسنان في ترتيب موعد لك أو لطفلك، فسيتم اتخاذ خطوات لمساعدتك في العثور على خطة أسنان/موفر رعاية مختلف و/أو نقلك أنت أو طفلك إلى برنامج Medi-Cal للأسنان للخدمة مقابل الرسوم، Denti-Cal، من أجل الحصول على رعاية الأسنان.

إذا كانت لديك أية أسئلة أو مخاوف، فاتصل برقم DMC المجاني على 1-855-347-3310 أو أرسل بريداً إلكترونياً إلى Dental Managed Care at dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov; Subject: Dental Managed Care BDE.