Հայցադիմումը լրացնելու ցուցումներ. «Beneficiary Dental Exception» (BDE) ստանալու հայց

Եթե Դուք խնդիրներ ունեք Sacramento County-ում Ձեզ կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամի համար ատամնաբուժական օգնություն ստանալու հարցում, Ձեզ կօգնեն: Խնդրում ենք լրացնել և ուղարկել այս հայցադիմումը:

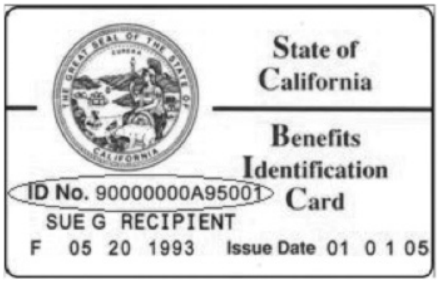
Ինչպե՞ս լրացնել այս հայցադիմումը

Եթե Դուք լրացնում եք այս հայցադիմումը, որովհետև հիվանդը Ձեր *երեխան* է և սպասարկման կարիք ունի, խնդրում ենք լրացնել այն նշելով Ձեր երեխայի տվյալները: Խնդրում ենք գրել ընթեռնելի տպատառերով և պատասխանել հնարավորին չափ շատ հարցերի: Եթե Ձեր տրամադրած տեղեկությունների հիման վրա մենք չկարողանանք պարզել Ձեր ինքնությունը, դա կարող է ձգձգել Ձեր հայցադիմումի նայումը:

❶ *Հայցադիմումը լրացնող անձի անունը*՝ տպատառերով նշեք անունը և ազգանունը:

❷ *Հիվանդի անունը (անունը և ազգանունը)*՝ տպատառերով նշեք անունը և ազգանունը:

❸ *Հիվանդի «Benefits Identification Card Number»-ը (BIC)*՝ նշեք 14-նիշանի BIC-ը: Սովորաբար այն բաղկացած է ութ (8) թվից, որին հաջորդում է մեկ (1) տառ, ապա՝ ևս (5) թիվ:



❹ *Ծննդյան ամսաթիվը*՝ երկու (2) թվով նշեք ամիսը, երկու (2) թվով՝ օրը և չորս (4) թվով՝ տարին,երբ ծնվել եք Դուք կամ Ձեր երեխան: Օրինակ՝ 05/10/2010

❺ *Ձեզ զանգահարելու ամենալավ հեռախոսահամարը*՝ նշեք այն 10 նիշանի հեռախոսահամարը՝ տարածքի կոդի հետ միասին, որն ամենահարմարն է Ձեզ զանգահարելու համար: Օրինակ՝ XXX-XXX-XXXX:

❻ *Խնդրում ենք նշան դնել այն վանդակ(ներ)ում որոնք վերաբերում են Ձեզ*՝ եթե նշան դնեք «Այլ» տողի դիմաց, խնդրում ենք բացատրել, թե ինչ խնդիր(ներ) եք ունեցել ժամադրություն ստանալու հարցում:

❼ *Ստորագրությունը (հիվանդի կամ ծնողի, եթե հիվանդն անչափահաս երեխա է)*՝ ստորագրեք հայցադիմումը և նշեք ամսաթիվը: Եթե հարկավոր է ատամնաբուժական ծրագրից դուրս գալու հայցը հաստատել, ապա ստորագրությունն անհրաժեշտ է:

Ինչպե՞ս ուղարկել այս հայցադիմումը

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

էլեկտրոնային փոստով՝ Subject: Dental Managed Care BDE: dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov

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

Ի՞նչ կարելի է ակնկալել

- Երբ «Medi-Cal Dental Managed Care Unit»-ը ստանա Ձեր հայցադիմումը, ապա այն ստանալուց հետո երեք (3) աշխատանքային օրվա ընթացքում Ձեզ կզանգահարեն:
- «Medi-Cal»-ի ատամնաբուժական ծրագրի աշխատակիցները կօգնեն Ձեզ ժամադրություն ստանալ Ձեր կամ Ձեր երեխայի սպասարկողի մոտ:
- Եթե հաջողվի ժամադրություն ստանալ, ապա ժամադրությունից հետո «Medi-Cal» ատամնաբուժական-ի աշխատակիցները կրկին կզանգահարեն Ձեզ՝ համոզվելու համար, որ դրա հետ կապված այլ խնդիրներ չեն առաջացել:
- Եթե «Medi-Cal»-ի ատամնաբուժական ծրագրի աշխատակիցներին չհաջողվի ժամադրություն ստանալ Ձեզ կամ Ձեր երեխայի համար, ապա Ձեզ կօգնեն ատամնաբուժական սպասարկում ստանալու համար մեկ այլ ատամնաբուժական ծրագիր/սպասարկող գտնելու և/կամ Ձեզ կամ Ձեր երեխային «Medi-Cal»-ի ատամնաբուժական «վճարում սպասարկման դիմաց» ծրագիր՝ «Denti-Cal», փոխադրելու հարցում:

Հարցերի կամ մտահոգությունների դեպքում զանգահարեք DMC՝ 1-855-347-3310 անվճար հեռախոսահամարով կամ էլեկտրոնային ուղերձ ուղարկեք «Dental Managed Care»՝ at dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov; Subject: Dental Managed Care BDE հասցեով: