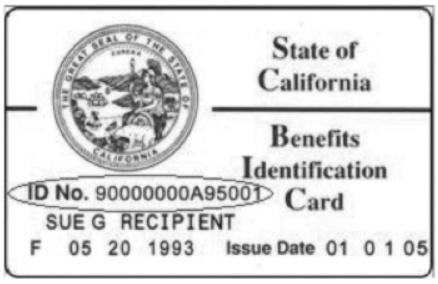
فرم دستورالعمل فرم: تقاضا برای Beneficiary Dental Exception (BDE)

اگر جهت دریافت مراقبت های دندانپزشکی برای خودتان یا عضوی از خانواده در Sacramento County، با مشکل روبرو هستید، کمک در دسترس است. لطفاً این فرم را تکمیل و ارسال نمایید.

این فرم را چگونه باید پر کرد؟

اگر به این دلیل که *فرزندتان* بیمار است و نیاز به خدمات دارد این فرم را پر می کنید، لطفاً با استفاده از اطلاعات مربوط به فرزندتان، فرم را پر کنید. لطفاً اطمینان حاصل کنید که با حروف درشت و واضح می نویسید، و تا آنجایی که امکان پذیر است، پاسخ می دهید. اگر نتوانیم از طریق اطلاعات فراهم شده شما را شناسایی کنیم، این امر ممکن است در تقاضای شما تأخیر ایجاد نماید.

❶ *نام شخصی که فرم را پر می کند:* نام و نام خانوادگی را با حروف درشت بنویسید.



❷ *نام بیمار (نام و نام خانوادگی):* نام و نام خانوادگی را با حروف درشت بنویسید.

❸ *Benefits Identification Card Number (BIC) بیمار:* شماره 14رقمی BIC را با حروف درشت بنویسید. معمولاً شامل (8) شماره و یک (1) حرف و سپس پنج (5) شماره دیگر است.

❹ *تاریخ تولد:* ماه دو(2) رقمی را با حروف درشت بنویسید، روز دو (2) رقمی و سال چهار (4) رقمی تولدتان یا تولد فرزندتان را را با حروف درشت بنویسید. به عنوان مثال: 05/10/2010

❺ *بهترین شماره تلفن تماس با شما:* بهترین شماره تلفن 10 رقمی را به همراه کد محلی جهت تماس با شما بنویسید. به عنوان مثال: XXX-XXX-XXXX

❻ *لطفاً در تمامی مربع هایی که شامل حال شما می شود علامت بگذارید:* اگر «غیره» را علامت گذاری کردید، لطفاً در مورد مشکل(اتی) که حین تعیین وقت ملاقات بروز کردند، توضیح بدهید.

❼ *امضاء بیمار (بیمار یا والدین وی اگر بیمار صغیر باشد):* فرم را امضاء کرده و تاریخ بزنید. در صورتی که خروج از شمول در طرح دندانپزشکی به تأیید رسیده باشد، امضاء الزامی است.

فرم را چگونه باید برگردانم؟

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

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

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

چه انتظاری می توان داشت؟

- هنگامی که فرم به Medi-Cal Dental Managed Care Unit برسد، طی سه(3) روز کاری پس از دریافت آن، با شما تماس تلفنی برقرار خواهد شد.
- کارمندان Medi-Cal دندانپزشکی، جهت تعیین وقت ملاقات با تأمین کننده برای شما یا فرزندتان کمک خواهند کرد.
- اگر وقت ملاقاتی تعیین شده باشد، کارمندان Medi-Cal دندانپزشکی برای پیگیری با شما تماس خواهند گرفت تا اطمینان حاصل کنند که دیگر مشکلی برای دسترسی وجود ندارد.
- اگر کارمندان Medi-Cal دندانپزشکی نتوانند برای شما یا فرزندتان وقت ملاقات تعیین کنند، جهت کمک برای یافتن طرح دندانپزشکی/تأمین کننده و/یا گمارش شما یا فرزندتان در یک برنامهMedi-Cal دندانپزشکی خدمات در ازای هزینه، Denti-Cal برای مراقبت های دندانپزشکی، اقداماتی به انجام خواهد رسید.

اگر سؤال یا نگرانی دارید، با DMC از طریق شماره رایگان 1-855-347-3310 تماس بگیرید، یا از طریق ایمیل بفرستید. dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov; Subject: Dental Managed Care BDE به Dental Managed Care