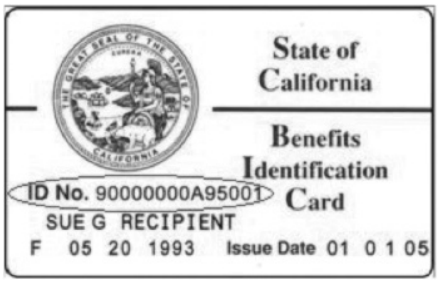
Инструкции по заполнению формы: запрос на освобождение от участия в плане Beneficiary Dental Exception (BDE)

Если у вас возникли проблемы с получением стоматологического ухода для вас или членов вашей семьи в Sacramento County, вы можете получить помощь. Пожалуйста, заполните и вышлите данную форму.

Как заполнить данную форму?

Если вы заполняете данную форму, потому что ваш *ребенок* является пациентом и нуждается в услугах, пожалуйста, внесите в данную форму информацию о вашем ребенке. Пожалуйста, заполняйте форму разборчиво печатными буквами и предоставьте как можно более подробную информацию. Если мы не сможем установить вашу личность на основании предоставленной информации, это может вызвать задержку обработки вашего запроса.



❶ *Имя и фамилия лица, заполняющего форму:* Имя и фамилия заполняются печатными буквами.

❷ *Имя и фамилия пациента:* Имя и фамилия заполняются печатными буквами.

❸ *Номер карточки Benefits Identification Card Number (BIC) пациента:* Укажите 14-значный номер BIC. Как правило, это восемь (8) цифр, за которыми следует одна (1) буква и еще пять (5) цифр.

❹ *Дата рождения:* Укажите две (2) цифры месяца, две (2) цифры дня и четыре (4) цифры года рождения вашего ребенка. Например, 05/10/2010

❺ *Номер телефона для связи с вами:* Укажите 10-значный номер телефона, включая код, по которому можно с вами связаться. Например, XXX-XXX-XXXX

❻ *Пожалуйста, отметьте все применимые графы:* Если вы отметили графу «Другое», пожалуйста, поясните проблему (ы), возникшую (ие) при записи на прием.

❼ *Подпись (пациента или родителя, если пациент является несовершеннолетним ребенком):* Поставьте подпись и число. Подпись необходима, если утверждено освобождение от участия в плане.

Как отправить данную форму?

По почте:	Attn: Dental Managed Care BDE PO Box 997413, MS4708 Sacramento, CA 95899-7413
По электронной почте:	Subject: Dental Managed Care BDE: dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov
По факсу:	Attn: Dental Managed Care BDE, (916) 464-3783

Чего мне следует ожидать?

- Когда Medi-Cal Dental Managed Care Unit получит данную форму, вам позвонят в течение трех (3) рабочих дней с момента ее получения.
- Персонал стоматологической программы стоматологической программы Medi-Cal Dental поможет вам записаться на прием к поставщику услуг или записать вашего ребенка.
- Если прием назначен, персонал Medi-Cal Dental позвонит вам после приема, чтобы убедиться в том, что у вас не возникло проблем с его посещением.
- Если персонал стоматологической программы Medi-Cal Dental не сможет записать на прием вас или вашего ребенка, будут предприняты меры по поиску другого стоматологического плана/поставщика и/или включению вас или вашего ребенка в программу предоставления платного стоматологического обслуживания Medi-Cal Dental, Denti-Cal.

Если у вас есть какие-либо вопросы или проблемы, позвоните DMC по телефону «горячей» линии 1-855-347-3310 или отправьте письмо Dental Managed Care по электронной почте на адрес dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov; Subject: Dental Managed Care BDE.