طلب Beneficiary Dental Exception (BDE) من الالتحاق بالخطة

للطوارئ (الألم، التورم، و/أو النزيف)، يرجى الاتصال بخط Dental Managed Care المجاني على 3310-347 (855) 1 للحصول على المساعدة.

❶ اسم الشخص الذي يقوم بتعبئة الاستمارة (الأول والأخير):

❷ اسم المريض (الأول والأخير):

❸ رقم Benefits Identification Card للمريض (BIC):

❹ تاريخ الميلاد (mm/dd/yyyy):

❺ أفضل رقم هاتف للتواصل معك:

❻ يرجى تحديد أي خانة (خانات) تسري عليك:

☐ غير قادر على الحصول على موعد ***"عاجل"*** خلال 72 ساعة (3) أيام.

☐ غير قادر على الحصول على موعد ***"روتيني"*** (غير طارئ) خلال أربعة (4) أسابيع.

☐ غير قادر على الحصول على موعد مع ***"أخصائي"*** خلال 30 يوماً من الطلب غير المصرح به.

☐ ذلك: _____

يرجى إرجاع هذه الاستمارة إلى:

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

X ❼ / /

توقيع المريض أو ولي الأمر إذا كان المريض طفلاً قاصراً — *التاريخ (mm/dd/yyyy)*

الاسم المطبوع والعلاقة بالمريض — *E-mail (إن وُجد)*

ستتم معالجة جميع الاستمارات مبدئياً سواء كان هناك توقيع أم لا، إلا أنه من أجل معالجة إلغاء الالتحاق بخطة رعاية الأسنان، يلزم التوقيع.