សេចក្តីស្នើសុំសំរាប់ Beneficiary Dental Exception (BDE) ពីការចុះឈ្មោះគម្រោង

សំរាប់អាសន្ន (ការឈឺចាប់ ហើម និង/ឬ ការហូរឈាម) សូមទូរស័ព្ទទៅលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ Dental Managed Care តាមលេខ 1 (855) 347-3310 សំរាប់ជំនួយ ។

❶ ឈ្មោះបុគ្គលបំពេញពាក្យសុំ (នាមនិងត្រកូល): _____

❷ ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ (នាមនិងត្រកូល): _____

❸ លេខអ្នកជម្ងឺ Benefits Identification Card (BIC): _____

❹ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (mm/dd/yyyy): _____

❺ លេខទូរស័ព្ទប្រសើរបំផុតដើម្បីទាក់ទងលោកអ្នក: _____

❻ **សូមគូសប្រអប់(ទាំងឡាយ)ដែលទាក់ទងនឹងលោកអ្នក:**

☐ មិនអាចបានការណាត់ជួប ***"បន្ទាន់"*** ក្នុងរវាង 72 ម៉ោង (3) ថ្ងៃ ។

☐ មិនអាចបានការណាត់ជួប ***"ប្រចាំ"*** (មិនបន្ទាន់) ក្នុងរវាង (4) អាទិត្យ ។

☐ មិនអាចបានការណាត់ជួប ***"ពេទ្យជំនាញមុខ"*** ក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃពីសំណើសុំត្រូវបានអនុញ្ញាត ។

☐ ផ្សេងទៀត: _____

_____

សូមផ្ញើត្រឡប់ពាក្យសុំនេះទៅ:

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

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

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

❼ **X** _____ / / _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ ឬឪពុកម្តាយបើអ្នកជម្ងឺជាអនីតិជន *ថ្ងៃខែឆ្នាំ (mm/dd/yyyy)*

_____

សរសេរអក្សរពុម្ពឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជម្ងឺ *E-Mail (បើមាន)*

ពាក្យសុំទាំងអស់នឹងត្រូវបានដំណើរការជាដំបូង ទោះជាមានឬមិនមានហត្ថលេខា យ៉ាងណាក៏ដោយដើម្បីដំណើរការដកពាក្យការចុះឈ្មោះគំរោងធ្មេញ ត្រូវតែមានហត្ថលេខា ។