تقاضا برای Beneficiary Dental Exception (BDE) از سوی ثبت نام در طرح

جهت دریافت کمک برای موارد «اورژانسی» (درد، ورم، و/یا خونریزی) لطفاً با Dental Managed Care از طریق شماره رایگان 1 (855) 347-3310 تماس بگیرید.

❶ نام شخصی که فرم را پر می کند (نام و نام خانوادگی):

❷ نام بیمار (نام و نام خانوادگی):

❸ شماره Benefits Identification Card Number (BIC) بیمار:

❹ تاریخ تولد (mm/dd/yyyy):

❺ بهترین شماره تلفن برای تماس:

❻ لطفاً هر مربع (هایی) که شامل حال شما می شود را علامت بگذارید:

☐ طی 72 ساعت (3) روز، قادر به تعیین وقت ملاقات «***اضطراری***» نبودم.
☐ طی چهار(4) هفته، قادر به تعیین وقت ملاقات «عادی» (***غیر اورژانسی***) نبودم.
☐ طی 30 روز، از تاریخ تقاضای مجاز، قادر به تعیین وقت ملاقات با «***متخصص***» نبودم.
☐ غیره: _____

لطفاً این فرم را به:

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

ارسال نمایید

X ❼ / /

امضاء بیمار یا والدین وی اگر بیمار صغیر باشد *تاریخ (mm/dd/yyyy)*

نام و نسبت با بیمار را با حروف درشت بنویسید *E-Mail (در صورتی که موجود باشد)*

در ابتدا به تمامی فرم ها، صرفنظر از اینکه دارای امضاء باشند یا خیر رسیدگی خواهد شد، اما رسیدگی به خروج از شمول در یک طرح دندانپزشکی، مستلزم امضاء خواهد بود.