Запрос на освобождение Beneficiary Dental Exception (BDE) от участия в плане

В случае ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ (боль, отек и/или кровотечение) пожалуйста, обратитесь за помощью в службу Dental Managed Care по телефону «горячей» линии 1 (855) 347-3310.

❶ Имя и фамилия лица, заполняющего форму: _____

❷ Имя и фамилия пациента: _____

❸ Номер карточки Benefits Identification Card (BIC) пациента: _____

❹ Дата рождения (mm/dd/yyyy): _____

❺ Номер телефона для связи с вами: _____

❻ **Пожалуйста, отметьте позицию (и), которая (ые) применима (ы) к вам:**

☐ Не смог (ла) попасть на ***«срочный»*** прием в течение 72 часов (3) дней.

☐ Не смог (ла) попасть на ***«обычный»*** (несрочный) прием в течение четырех (4) недель.

☐ Не смог (ла) попасть на прием к ***«специалисту»*** в течение 30 дней с момента утвержденного запроса.

☐ Другое: _____

_____

Пожалуйста, вышлите 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

❼ **X** _____ / /

Подпись пациента или родителя, если пациент является несовершеннолетним ребенком *Дата (mm/dd/yyyy)*

_____

Имя и фамилия печатными буквами и кем приходится пациенту *E-Mail (при наличии)*

Все формы будут обработаны независимо от наличия подписи пациента, однако для проведения процедуры освобождения от участия в стоматологическом плане требуется подпись.