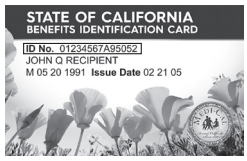
Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE)
(Թերթիկը լրացնելու ցուցումներ՝ Նպաստառուի ատամնաբուժական բացառում՝ (BDE))

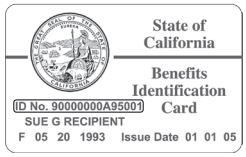
Եթե Դուք Sacramento-ի շրջանում դժվարություններ ունեք Ձեզ կամ Ձեր երեխայի համար ատամնաբույժի մոտ ժամադրություն ստանալու հարցում, խնդրում ենք հետևել ստորև նշված ցուցումներին:

ՇՏԱՊ ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ համար (ցավ, այտուցում և/կամ արյունահոսություն)
զանգահարեք **BDE-ի անվճար հեռախոսահամարով՝ 1(855) 347-3310,** և օգնություն ստացեք:
BDE-ի ժամերն են՝ երկուշաբթի - ուրբաթ՝ ժամը 8:00-ից 17:00:

Ինչպես լրացնել BDE-ի թերթիկը

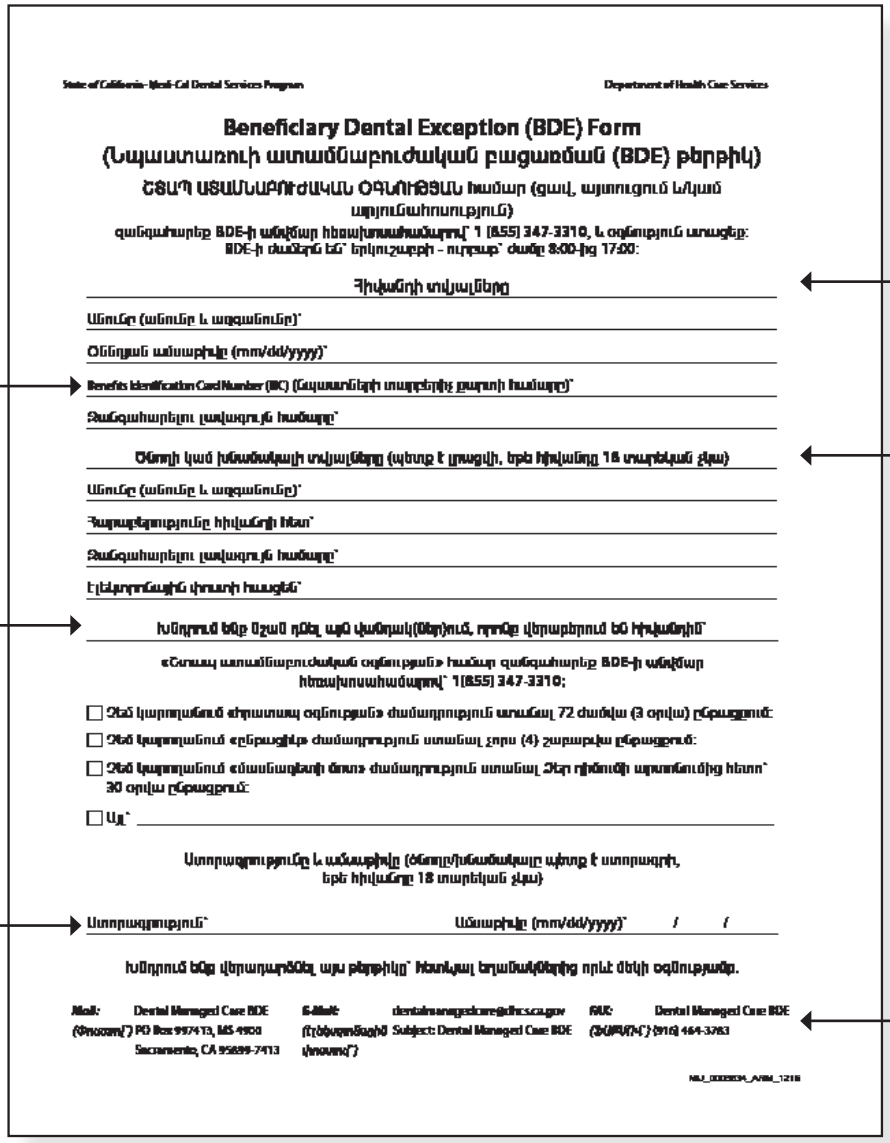
Նշեք նպաստների տարբերիչ քարտի համարը, ինչպես ցուցադրված է:





Նշան դրեք համապատասխան վանդակներում: Եթե «այլ», խնդրում ենք բացատրել:

Ստորագրությունը և ամսաթիվը (ծնողը պետք է ստորագրի, եթե հիվանդը 18 տարեկան չկա:)



State of California–Medi-Cal Dental Services Program Department of Health Care Services

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form
(Նպաստառուի ատամնաբուժական բացառման (BDE) թերթիկ)

ՇՏԱՊ ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ համար (ցավ, այտուցում և/կամ արյունահոսություն)
զանգահարեք BDE-ի անվճար հեռախոսահամարով՝ 1 (855) 347-3310, և օգնություն ստացեք:
BDE-ի ժամերն են՝ երկուշաբթի - ուրբաթ՝ ժամը 8:00-ից 17:00:

Հիվանդի տվյալները

Անունը (անունը և ազգանունը)՝

Ծննդյան ամսաթիվը (տտ/ամ/ՏՏՏՏ)՝

Benefits Identification Card Number (BIC) (Նպաստների տարբերիչ քարտի համարը)՝

Ցանցահարելու լավագույն համարը՝

Ծնողի կամ խնամակալի տվյալները (պետք է լրացվի, եթե հիվանդը 18 տարեկան չկա)

Անունը (անունը և ազգանունը)՝

Հարաբերությունը հիվանդի հետ՝

Ցանցահարելու լավագույն համարը՝

Էլեկտրոնային փոստի հասցեն՝

Խնդրում ենք նշան դնել այն վանդակ(ներ)ում, որոնք վերաբերում են հիվանդին՝

«Շտապ ատամնաբուժական օգնության» համար զանգահարեք BDE-ի անվճար հեռախոսահամարով՝ 1(855) 347-3310:

☐ Ձեզ կարողանում «հրատապ օգնության» ժամադրություն ստանալ 72 ժամվա (3 օրվա) ընթացքում:
☐ Ձեզ կարողանում «ընթացիկ» ժամադրություն ստանալ չորս (4) շաբաթվա ընթացքում:
☐ Ձեզ կարողանում «մասնագետի մոտ» ժամադրություն ստանալ Ձեր դիմումի ստացումից հետո՝ 30 օրվա ընթացքում:
☐ Այլ՝ _____

Ստորագրությունը և ամսաթիվը (ծնողը/խնամակալը պետք է ստորագրի, եթե հիվանդը 18 տարեկան չկա)

Ստորագրություն՝ Ամսաթիվը (տտ/ամ/ՏՏՏՏ)՝ / /

Խնդրում ենք վերադարձնել այս թերթիկը՝ հետևյալ եղանակներից որևէ մեկի օգնությամբ.

Mail: (Փոստով՝) Dental Managed Care BDE, PO Box 997413, MS 4900, Sacramento, CA 95899-7413
E-Mail: (Էլեկտրոնային փոստով՝) dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov, Subject: Dental Managed Care BDE
FAX: (ՖԱՔՍՈՎ՝) Dental Managed Care BDE, (916) 464-3783

MU_0003835_ARM_1216

Հիվանդի տվյալները պարտադիր են:

Ծնողի կամ խնամակալի տվյալներն անհրաժեշտ են միայն այն դեպքում, եթե հիվանդը 18 տարեկան չկա:

Խնդրում ենք թերթիկը փոստով, էլեկտրոնային փոստով կամ ֆաքսով ուղարկել Dental Managed Care (Կառավարվող ատամնաբուժական սպասարկում:)

Խնդրում ենք վերադարձնել այս թերթիկը՝ հետևյալ եղանակներից որևէ մեկի օգնությամբ.

Mail: ***(Փոստով՝)***	Dental Managed Care BDE PO Box 997413, MS 4900 Sacramento, CA 95899-7413	***E-Mail:*** ***(Էլեկտրոնային փոստով՝)***	dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov Subject: Dental Managed Care BDE	***FAX:*** ***(ՖԱՔՍՈՎ՝)***	Dental Managed Care BDE (916) 464-3783