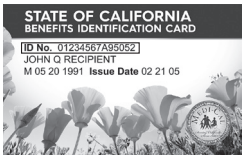
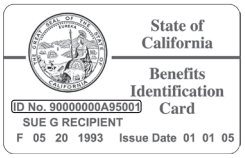
Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE)
(ការណែនាំពាក្យសុំ៖ ការលើកលែងរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ (BDE))

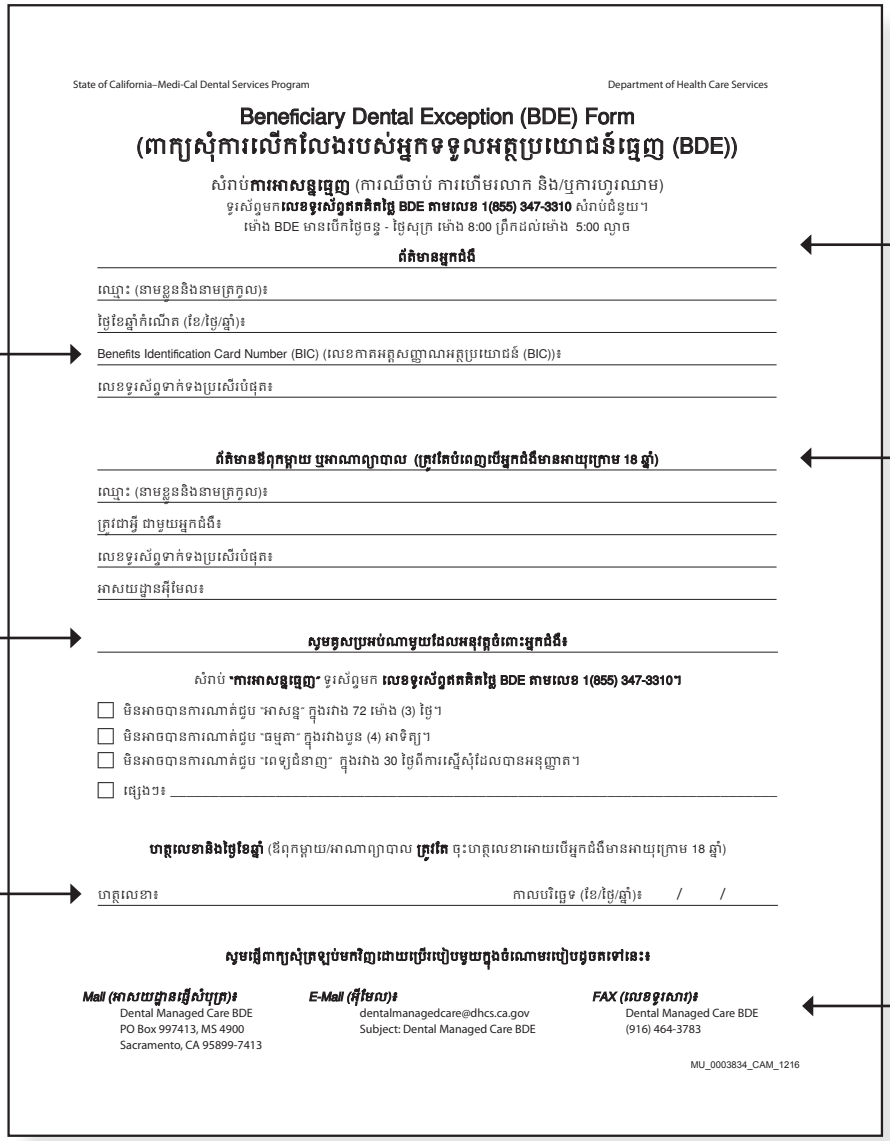
បើលោកអ្នកមានបញ្ហាធ្វើការណាត់ជួបពេទ្យធ្មេញសំរាប់ខ្លួនឯង ឬកូនរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងស្រុក Sacramento សូមធ្វើតាមការណែនាំខាងក្រោម។

សំរាប់**ការអាសន្នធ្មេញ** (ការឈឺចាប់ ការហើមរលាក និង/ឬការហូរឈាម)
ទូរស័ព្ទមក**លេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ BDE តាមលេខ 1(855) 347-3310** សំរាប់ជំនួយ។
ម៉ោងរបស់ BDE គឺថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។

បំពេញពាក្យសុំ BDE៖







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

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form
(ពាក្យសុំការលើកលែងរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ (BDE))

សំរាប់**ការអាសន្នធ្មេញ** (ការឈឺចាប់ ការហើមរលាក និង/ឬការហូរឈាម)
ទូរស័ព្ទមក**លេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ BDE តាមលេខ 1(855) 347-3310** សំរាប់ជំនួយ។
ម៉ោង BDE មានបើកថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះ (នាមខ្លួននិងនាមត្រកូល)៖
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖
Benefits Identification Card Number (BIC) (លេខកាតអត្តសញ្ញាណអត្ថប្រយោជន៍ (BIC))៖
លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងប្រសើរបំផុត៖

ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល (ត្រូវតែបំពេញបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ (នាមខ្លួននិងនាមត្រកូល)៖
ត្រូវជាអ្វី ជាមួយអ្នកជំងឺ៖
លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងប្រសើរបំផុត៖
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

សូមគូសប្រអប់ណាមួយដែលអនុវត្តចំពោះអ្នកជំងឺ៖

សំរាប់ "**ការអាសន្នធ្មេញ**" ទូរស័ព្ទមក **លេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ BDE តាមលេខ 1(855) 347-3310**។

- ☐ មិនអាចបានការណាត់ជួប "អាសន្ន" ក្នុងរវាង 72 ម៉ោង (3) ថ្ងៃ។
- ☐ មិនអាចបានការណាត់ជួប "ធម្មតា" ក្នុងរវាងបួន (4) អាទិត្យ។
- ☐ មិនអាចបានការណាត់ជួប "ពេទ្យជំនាញ" ក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃពីការស្នើសុំដែលបានអនុញ្ញាត។
- ☐ ផ្សេងៗ៖

ហត្ថលេខានិងថ្ងៃខែឆ្នាំ (ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល **ត្រូវតែ** ចុះហត្ថលេខាអោយបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ)

ហត្ថលេខា៖ កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ / /

សូមផ្ញើពាក្យសុំត្រឡប់មកវិញដោយប្រើរបៀបមួយក្នុងចំណោមរបៀបដូចតទៅនេះ៖

Mail (អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)៖ Dental Managed Care BDE, PO Box 997413, MS 4900, Sacramento, CA 95899-7413
E-Mail (អ៊ីមែល)៖ dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov, Subject: Dental Managed Care BDE
FAX (លេខទូរសារ)៖ Dental Managed Care BDE, (916) 464-3783

MU_0003834_CAM_1216

សូមផ្ញើពាក្យសុំត្រឡប់មកវិញដោយប្រើរបៀបមួយក្នុងចំណោមរបៀបដូចតទៅនេះ៖

Mail (អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)៖
Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS 4900
Sacramento, CA 95899-7413

E-Mail (អ៊ីមែល)៖
dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov
Subject: Dental Managed Care BDE

FAX (លេខទូរសារ)៖
Dental Managed Care BDE
(916) 464-3783

MU_0003835_CAM_1216