

Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE)

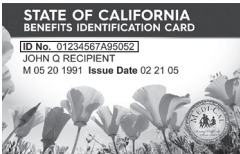
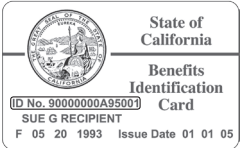
((دستور العمل های فرم: استثناء دندانپزشکی ذینفع (BDE))

اگر در شهرستان ساکرامنتو برای تعیین وقت ملاقات دندانپزشکی برای خود یا فرزندتان با مشکلاتی روبرو هستید، لطفاً دستور العمل های ذیل را دنبال کنید.

برای اورژانس دندانپزشکی (درد، ورم، و/یا خونریزی) جهت دریافت کمک از طریق شماره تلفن رایگان 1-855-347-3310، با BDE تماس بگیرید. ساعات تماس با BDE روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر است.

تکمیل فرم BDE:

شماره کارت شناسایی مزایا را مطابق نمونه وارد کنید.

تمامی مربع های ذیربط را علامت بزنید. اگر "غیره" است لطفاً توضیح دهید.

امضاء و تاریخ (اگر بیمار زیر 18 ساله است یکی از والدین باید امضاء کند).

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

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (فرم استثناء دندانپزشکی ذینفع (BDE))

برای اورژانس دندانپزشکی (درد، ورم، و/یا خونریزی) جهت دریافت کمک از طریق شماره تلفن رایگان 1-855-347-3310 با BDE تماس بگیرید. ساعات تماس با BDE روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر است.

اطلاعات مربوط به بیمار

نام (نام اول و نام خانوادگی): _____

تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____

Benefits Identification Card Number (BIC) (شماره کارت شناسایی مزایا (BIC)): _____

بهترین شماره تلفن جهت تماس: _____

اطلاعات مربوط به یکی از والدین یا قیم (در صورتی که بیمار زیر 18 ساله است باید تکمیل شود)

نام (نام اول و نام خانوادگی): _____

نسبت با بیمار: _____

بهترین شماره تلفن جهت تماس: _____

آدرس ایمیل: _____

لطفاً در هر مربع (ها) که به بیمار مربوط می شود علامت بگذارید:

برای موارد «اورژانس دندانپزشکی»، از طریق شماره تلفن رایگان 1-855-347-3310 با BDE تماس بگیرید.

عدم امکان تعیین وقت ملاقات «فوری» ظرف 72 ساعت (3) روز.

عدم امکان تعیین وقت ملاقات «عادی» ظرف چهار (4) هفته.

عدم امکان تعیین وقت ملاقات با «متخصص» ظرف 30 روز از تاریخ قبول درخواست.

غیره: _____

امضاء و تاریخ (در صورتی که بیمار زیر 18 ساله باشد، یکی از والدین/قیم باید امضاء کند)

امضاء: _____ / / تاریخ (ماه/روز/سال): _____

لطفاً با استفاده از یکی از روشهای ذیل این فرم را به ما ارسال نمایید:

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

MU_0003834_FAR_1216

اطلاعات مورد نیاز بیمار.

در صورتی که بیمار زیر 18 ساله باشد اطلاعات یکی از والدین یا قیم مورد نیاز است.

لطفاً فرم را از طریق پست، ایمیل یا فکس به Dental Managed Care (مراقبت مدیریت شده دندانپزشکی) ارسال نمایید.

لطفاً با استفاده از یکی از روشهای ذیل این فرم را به ما ارسال نمایید:

Dental Managed Care BDE :FAX
(916) 464-3783 (فکس)

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

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