Beneficiary Dental Exception (BDE) Form
(Запрос на альтернативное стоматологическое обслуживание (BDE))

За **ЭКСТРЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ** (при боли, отеках и/или кровотечении) обращайтесь по **бесплатному номеру программы BDE: 1(855) 347-3310**.
Режим работы программы BDE: с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Информация о пациенте

Полное имя (имя и фамилия):

Дата рождения (мм/дд/гггг):

Benefits Identification Card Number (BIC)
(номер идентификационной карты получателя льгот (BIC)):

Предпочтительный контактный телефон:

Информация о родителе или опекуне (заполняется для пациентов младше 18 лет)

Полное имя (имя и фамилия):

Кем приходится пациенту:

Предпочтительный контактный телефон:

Адрес электронной почты:

Отметьте все пункты, которые относятся к пациенту:

За **«экстренной стоматологической помощью»** обращайтесь по **бесплатному номеру программы BDE: 1(855) 347-3310.**

- ☐ Не удалось попасть на «срочный» прием в течение 72 часов (3 дней).
- ☐ Не удалось попасть на «плановый» прием в течение (4) (четырех) недель.
- ☐ Не удалось получить «специализированную» помощь в течение 30 дней после подачи утвержденного планом запроса.
- ☐ Другое: _____

Подпись и дата (за пациента младше 18 лет **обязан** расписаться родитель/опекун)

Подпись: Дата (мм/дд/гггг): / /

Подайте заполненную форму одним из указанных ниже способов:

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

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

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