Kahilingan ng Beneficiary Dental Exception (BDE) Mula sa Pagpapalista sa Plano

Sa kaganapan ng EMERGENCY (pananakit, pamamaga, at/o pagdurugo) ay mangyari lamang na tumawag sa Walang Bayad na linya ng Dental Managed Care sa 1 (855) 347-3310 para makatanggap ng tulong.

❶ Pangalan ng Tao na Nagsulat ng Form (pangalan at apelyido): _____

❷ Pangalan ng Pasyente (pangalan at apelyido): _____

❸ Numero ng Benefits Identification Card (BIC) ng Pasyente: _____

❹ Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy): _____

❺ Pinakamainam na Numero ng telepono kung saan ka matatawagan: _____

❻ **Mangyari lamang lagyan ng tsek ang (mga) kahon na naaangkop sa iyo**:

☐ Hindi makakuha ng "***agarang***" appointment sa loob ng 72 oras (3) araw.

☐ Hindi makakuha ng "***regular***" (hindi emergency) appointment sa loob ng apat (4) na linggo.

☐ Hindi makakuha ng appointment sa "***espesyalista***" sa loob ng 30 araw mula nang ibigay ang awtorisadong kahilingan.

☐ Iba pa: _____

_____

Mangyari lamang na isauli ang form na ito sa:

Koreo: Attn: Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS4708
Sacramento, CA 95899-7413

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

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

❼ **X** _____ / / _____

Lagda ng pasyente o magulang kung ang pasyente ay isang bata na menor de edad *Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)*

_____

I-print ang pangalan at kaugnayan sa pasyente *E-Mail (kung mayroon man)*

Ang lahat ng mga form ay paunang ipoproseso may lagda man ito o wala, gayunman, upang maproseso ang pag-alis sa pagkakalista sa planong dental, kailangan ang lagda.