

Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE)

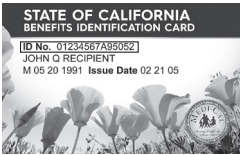
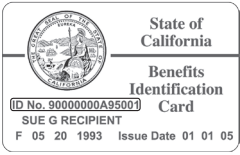
((إرشادات بشأن الاستمارة: استثناء الأسنان للمستفيد (BDE))

إذا كنت تواجه مشكلات في تحديد موعد أسنان لنفسك أو لطفلك في Sacramento County، يرجى اتباع الإرشادات الواردة أدناه.

لطوارئ الأسنان (الألم، التورم، و/أو النزيف)،
اتصل برقم BDE المجاني على **1(855) 347-3310** للمساعدة.
ساعات عمل BDE من الاثنين وحتى الجمعة، من 8:00 صباحاً وحتى 5:00 مساءً.

تعينة استمارة BDE:

أدخل رقم بطاقة تعريف الإعانات كما هو مبين.

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

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form

(استمارة استثناء الأسنان للمستفيد (BDE))

لطوارئ الأسنان (الألم، التورم، و/أو النزيف)،
اتصل برقم BDE المجاني على **1(855) 347-3310** للمساعدة.
ساعات عمل BDE من الاثنين وحتى الجمعة، من 8:00 صباحاً وحتى 5:00 مساءً.

معلومات المريض

الاسم (الأول والأخير): _____

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة): _____

Benefits Identification Card Number (BIC) (رقم بطاقة تعريف الإعانات (BIC)): _____

أفضل رقم للاتصال: _____

معلومات الوالد أو الوصي (يجب تعبئتها إذا كان المريض دون عمر 18 سنة)

الاسم (الأول والأخير): _____

العلاقة بالمريض: _____

أفضل رقم للاتصال: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

يرجى تحديد أي خانة (خانات) تنطبق على المريض:

لـ «طوارئ الأسنان» اتصل برقم BDE المجاني على **1(855) 347-3310**.

ليس بوسعي الحصول على موعد «عاجل» خلال 72 ساعة (3) أيام.

ليس بوسعي الحصول على موعد «روتيني» خلال (4) أسابيع.

ليس بوسعي الحصول على موعد مع «أخصائي» خلال 30 يوماً من الطلب.

غير ذلك: _____

التوقيع والتاريخ (يجب على الوالد/الوصي التوقيع إذا كان المريض دون عمر 18 سنة)

التوقيع: _____ التاريخ (شهر/يوم/سنة): _____ / /

يرجى إرجاع هذه الاستمارة عن طريق إحدى الطرق التالية:

Dental Managed Care BDE :FAX dentalmanagedcare@dohcs.ca.gov :E-Mail Dental Managed Care BDE :Mail
(916) 464-3783 (الفاكس) Subject: Dental Managed Care BDE (البريد الإلكتروني) PO Box 997413, MS 4900 (البريد) Sacramento, CA 95899-7413

MU_0003834_ARA_1216

معلومات الطبيب مطلوبة.

معلومات الوالد أو الوصي مطلوبة فقط إذا كان المريض دون 18 سنة.

يرجى إرسال الاستمارة بالبريد العادي أو البريد الإلكتروني أو الفاكس إلى Dental Managed Care (رعاية الأسنان المُدارة).

يرجى إرجاع هذه الاستمارة عن طريق إحدى الطرق التالية:

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

dentalmanagedcare@dohcs.ca.gov :E-Mail
Subject: Dental Managed Care BDE (البريد الإلكتروني)

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