

Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE) (Թերթիկը լրացնելու ցուցումներ՝ Նպաստառուի ատամնաբուժական բացառում՝ (BDE))

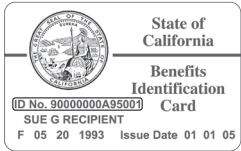
Եթե Դուք Sacramento-ի շրջանում դժվարություններ ունեք Ձեզ կամ Ձեր երեխայի համար ատամնաբույժի մոտ ժամադրություն ստանալու հարցում, խնդրում ենք հետևել ստորև նշված ցուցումներին:

ՇՏԱՊ ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ համար (ցավ, այտուցում և/կամ արյունահոսություն)

զանգահարեք **BDE-ի անվճար հեռախոսահամարով՝ 1 (855) 347-3310**, և օգնություն ստացեք: BDE-ի ժամերն են՝ երկուշաբթի - ուրբաթ՝ ժամը 8:00-ից 17:00:

Ինչպես լրացնել BDE-ի թերթիկը

Նշեք նպաստների տարբերիչ քարտի համարը, ինչպես ցուցադրված է:



Նշան դրեք համապատասխան վանդակներում: Եթե «այլ», խնդրում ենք բացատրել:

Ստորագրությունը և ամսաթիվը (ծնողը պետք է ստորագրի, եթե հիվանդը 18 տարեկան չկա:)

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

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (Նպաստառուի ատամնաբուժական բացառման (BDE) թերթիկ)

ՇՏԱՊ ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ համար (ցավ, այտուցում և/կամ արյունահոսություն)
զանգահարեք BDE-ի անվճար հեռախոսահամարով՝ 1 (855) 347-3310, և օգնություն ստացեք: BDE-ի ժամերն են՝ երկուշաբթի - ուրբաթ՝ ժամը 8:00-ից 17:00:

Հիվանդի տվյալները

Անունը (անունը և ազգանունը)՝ _____

Ծննդյան ամսաթիվը (րոտ/ժժ/չչչչ)՝ _____

Benefits Identification Card Number (BIC) (նպաստների տարբերիչ քարտի համարը)՝ _____

Ֆանգահարելու լավագույն համարը՝ _____

Ծնողի կամ խնամակալի տվյալները (պետք է լրացվի, եթե հիվանդը 18 տարեկան չկա)

Անունը (անունը և ազգանունը)՝ _____

Ֆաքսագրությունը հիվանդի հետ՝ _____

Ֆանգահարելու լավագույն համարը՝ _____

Էլեկտրոնային փոստի հասցեն՝ _____

Խնդրում ենք նշամ դնել այն վանդակ(ներ)ում, որոնք վերաբերում են հիվանդին՝

«Շտապ ատամնաբուժական օգնության» համար զանգահարեք BDE-ի անվճար հեռախոսահամարով՝ 1(855) 347-3310:

Չեմ կարողանում «իրատապ օգնության» ժամադրություն ստանալ 72 ժամվա (3 օրվա) ընթացքում:

Չեմ կարողանում «ընթացիկ» ժամադրություն ստանալ չորս (4) շաբաթվա ընթացքում:

Չեմ կարողանում «մասնագետի մոտ» ժամադրություն ստանալ Չեղ դիմումի պատճենից հետո՝ 30 օրվա ընթացքում:

Այլ՝ _____

Ստորագրությունը և ամսաթիվը (ծնողը/խնամակալը պետք է ստորագրի, եթե հիվանդը 18 տարեկան չկա)

Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվը (րոտ/ժժ/չչչչ)՝ _____ / /

Խնդրում ենք վերադարձնել այս թերթիկը՝ հետևյալ եղանակներից որևէ մեկի օգնությամբ.

Mail: Dental Managed Care BDE (Փոստով)՝ PO Box 997413, MS 4900 Sacramento, CA 95899-7413 **E-Mail:** dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov (Էլեկտրոնային փոստով)՝ **FAX:** Dental Managed Care BDE (ՖԱՔՍՈՎ)՝ (916) 464-3783

MU_0003835_ARM_1216

Հիվանդի տվյալները պարտադիր են:

Ծնողի կամ խնամակալի տվյալներն անհրաժեշտ են միայն այն դեպքում, եթե հիվանդը 18 տարեկան չկա:

Խնդրում ենք թերթիկը փոստով, էլեկտրոնային փոստով կամ ֆաքսով ուղարկել Dental Managed Care (Կառավարվող ատամնաբուժական սպասարկում):

Խնդրում ենք վերադարձնել այս թերթիկը՝ հետևյալ եղանակներից որևէ մեկի օգնությամբ.

Mail: Dental Managed Care BDE (Փոստով)՝ PO Box 997413, MS 4900 Sacramento, CA 95899-7413 **E-Mail:** dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov (Էլեկտրոնային փոստով)՝ **FAX:** Dental Managed Care BDE (ՖԱՔՍՈՎ)՝ (916) 464-3783