

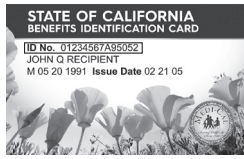
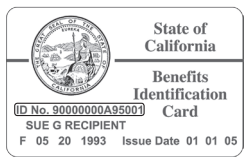
Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE) (ការណែនាំពាក្យសុំ៖ ការលើកលែងរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ (BDE))

បើលោកអ្នកមានបញ្ហាធ្វើការណាត់ជួបពេទ្យធ្មេញសំរាប់ខ្លួនឯង ឬកូនរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងស្រុក Sacramento សូមធ្វើតាមការណែនាំខាងក្រោម។

សំរាប់ការអាសន្នធ្មេញ (ការឈឺចាប់ ការហើមរលាក និង/ឬការហូរឈាម)
ទូរស័ព្ទមកលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ BDE តាមលេខ 1(855) 347-3310 សំរាប់ជំនួយ។
ម៉ោងរបស់ BDE គឺថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។

បំពេញពាក្យសុំ BDE៖

បញ្ជូលលេខកាត
អត្តសញ្ញាណ
អត្ថប្រយោជន៍ដូច
ដែលបង្ហាញ។

គួសប្រអប់ទាំងអស់
ណាដែលអនុវត្ត។ បើ
“ផ្សេងៗ” សូមពន្យល់។

ហត្ថលេខានិងកាល
បរិច្ឆេទ (ឌីជីតាល់
ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាបើ
អ្នកជំងឺមានអាយុ
ក្រោម 18 ឆ្នាំ។)

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

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (ពាក្យសុំការលើកលែងរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ (BDE))

សំរាប់ការអាសន្នធ្មេញ (ការឈឺចាប់ ការហើមរលាក និង/ឬការហូរឈាម)
ទូរស័ព្ទមកលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ BDE តាមលេខ 1(855) 347-3310 សំរាប់ជំនួយ។
ម៉ោង BDE មានបើកថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះ (នាមខ្លួននិងនាមត្រកូល)៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ _____

Benefits Identification Card Number (BIC) (លេខកាតអត្តសញ្ញាណអត្ថប្រយោជន៍ (BIC))៖ _____

លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងប្រសើរបំផុត៖ _____

ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល (ត្រូវតែបំពេញបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ (នាមខ្លួននិងនាមត្រកូល)៖ _____

ត្រូវបានជំរុញ ដោយអ្នកជំងឺ៖ _____

លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងប្រសើរបំផុត៖ _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ _____

សូមគូសប្រអប់ណាមួយដែលអនុវត្តចំពោះអ្នកជំងឺ៖

សំរាប់ “ការអាសន្នធ្មេញ” ទូរស័ព្ទមក លេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ BDE តាមលេខ 1(855) 347-3310។

មិនអាចបានការណាត់ជួប “អាសន្ន” ក្នុងរវាង 72 ម៉ោង (3) ថ្ងៃ។

មិនអាចបានការណាត់ជួប “ធម្មតា” ក្នុងរវាងបួន (4) អាទិត្យ។

មិនអាចបានការណាត់ជួប “ពេទ្យជំនាញ” ក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃពីការស្នើសុំដែលបានអនុញ្ញាត។

ផ្សេងៗ៖ _____

ហត្ថលេខានិងថ្ងៃខែឆ្នាំ (ឌីជីតាល់/អាណាព្យាបាល ត្រូវតែ ចុះហត្ថលេខាបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ)

ហត្ថលេខា៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ _____ / /

សូមផ្ញើពាក្យសុំត្រឡប់មកវិញដោយប្រើរបៀបមួយក្នុងចំណោមរបៀបដូចតទៅនេះ៖

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

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

FAX (លេខទូរសារ)៖
Dental Managed Care BDE
(916) 464-3783

MU_0003834_CAM_1216

តម្រូវអោយមាន
ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ។

ព័ត៌មានរបស់
ឪពុកម្តាយ ឬ
អាណាព្យាបាល
តម្រូវអោយមាន
បើអ្នកជំងឺមាន
អាយុក្រោម 18
ឆ្នាំបំណុល៖។

សូមផ្ញើសំបុត្រ
អ៊ីមែល ឬផ្ញើ
ទូរសារនូវ
ពាក្យសុំមក
កាន់ Dental
Managed Care
(ការគ្រប់គ្រងការ
ថែទាំធ្មេញ)។

សូមផ្ញើពាក្យសុំត្រឡប់មកវិញដោយប្រើរបៀបមួយក្នុងចំណោមរបៀបដូចតទៅនេះ៖

- | | | |
|---|---|---|
| <p>Mail (អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)៖
Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS 4900
Sacramento, CA 95899-7413</p> | <p>E-Mail (អ៊ីមែល)៖
dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov
Subject: Dental Managed Care BDE</p> | <p>FAX (លេខទូរសារ)៖
Dental Managed Care BDE
(916) 464-3783</p> |
|---|---|---|