

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)៖

ត្រូវជាអ្វី ជាមួយអ្នកជំងឺ៖

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 (ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ត្រូវតែ ចុះហត្ថលេខាដោយបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម 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