

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (Запрос на альтернативное стоматологическое обслуживание (BDE))

За **ЭКСТРЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ** (при боли, отеках и/или кровотечении)
обращайтесь по **бесплатному номеру программы BDE: 1(855) 347-3310**.
Режим работы программы BDE: с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Информация о пациенте

Полное имя (имя и фамилия): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____

Benefits Identification Card Number (BIC)
(номер идентификационной карты получателя льгот (BIC)): _____

Предпочтительный контактный телефон: _____

Информация о родителе или опекуне (заполняется для пациентов младше 18 лет)

Полное имя (имя и фамилия): _____

Кем приходится пациенту: _____

Предпочтительный контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Отметьте все пункты, которые относятся к пациенту:

За «**экстренной стоматологической помощью**» обращайтесь по **бесплатному номеру программы BDE: 1(855) 347-3310**.

- Не удалось попасть на «срочный» прием в течение 72 часов (3 дней).
- Не удалось попасть на «плановый» прием в течение (4) (четырёх) недель.
- Не удалось получить «специализированную» помощь в течение 30 дней после подачи утвержденного планом запроса.
- Другое: _____

Подпись и дата (за пациента младше 18 лет **обязан** расписаться родитель/опекун)

Подпись: _____

Дата (мм/дд/гггг): / /

Подайте заполненную форму одним из указанных ниже способов:

Mail (по почте):

Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS 4900
Sacramento, CA 95899-7413

E-Mail (по электронной почте):

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

FAX (по факсу):

Dental Managed Care BDE
(916) 464-3783