

양식 작성 지침: Beneficiary Dental Exception (BDE) 요청

Sacramento County 에 거주하는 귀하 본인 또는 가족이 치과 진료를 받는데 어려움을 겪고 계시면 도움을 받으실 수 있습니다. 본 양식을 작성해서 보내십시오.

본 양식은 어떻게 작성합니까?

만일 귀하의 자녀가 환자이고 서비스를 받기 위해 본 양식을 작성하신다면, 귀하 자녀의 정보를 사용해서 본 양식을 작성하십시오. 명확하게 기입하시고, 가능한 많은 답변을 하셔야 합니다. 만일 저희가 그러한 정보를 통해 귀하를 확인할 수 없으면, 귀하의 요청이 지연될 수도 있습니다.

① 양식을 작성하는 사람의 성명: 이름과 성을 기입하십시오.

② 환자의 성명(이름 및 성): 이름과 성을 기입하십시오.

③ 환자의 Benefits Identification Card Number (BIC):

14 자리 BIC 를 기입하십시오. 보통 여덟 자리(8) 숫자와 하나 (1) 의 문자 및 다섯 자리(5) 숫자로 되어 있습니다.

④ 생년월일: 귀하 또는 귀하의 자녀가 태어난 생일

두 자리(2) 숫자와 생일 두 자리(2) 숫자, 그리고 생년 네 자리

(4) 숫자를 기입합니다. 예: 05/10/2010

⑤ 귀하가 연락받기에 가장 좋은 전화번호: 귀하가 가장 잘 받으실 수 있는 지역번호를 포함한

10 자리 전화번호를 기입하십시오. 예: XXX-XXX-XXXX

⑥ 귀하께 해당되는 사항들 모두에 표시하십시오: 만일 "기타"에 표시하셨으면 예약을 잡는 것과 관련한 문제(들)에 관해 설명해 주십시오.

⑦ 서명(환자, 또는 환자가 미성년자이면 부모): 양식에 서명하시고 일자를 기입하십시오. 만일 치과 플랜의 탈퇴가 승인되었다면 서명이 반드시 필요합니다.



이 양식을 어떻게 보냅니까?

우편: Attn: Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS4708
Sacramento, CA 95899-7413

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

팩스: Attn: Dental Managed Care BDE, (916) 464-3783

양식을 보내고 난 뒤에는 어떻게 됩니까?

- Medi-Cal Dental Managed Care Unit 이 양식을 접수하면, 수령일로부터 삼(3) 업무일 이내에 전화로 연락을 받으실 것입니다.
- Medi-Cal 치과 담당직원이 귀하 또는 자녀의 진료제공자와 예약 잡는 것을 도와 드릴 것입니다.
- 만일 예약이 성공적으로 잡히면, 추가로 다른 접속 상의 문제가 없었는지를 확인하기 위해 약속시간 이후에 Medi-Cal 치과 담당직원이 귀하께 후속 전화를 드릴 것입니다.
- 만일 Medi-Cal 치과 담당직원이 귀하 또는 귀하 자녀를 위한 예약을 잡는데 실패하면, 다른 치과 플랜/진료 제공자를 찾는데 도움을 드리기를 위한 조치가 취해지거나/또는 귀하 또는 귀하 자녀가 Medi-Cal 의 치과 진료별 지불 프로그램인 Denti-Cal 을 통해 치과 진료를 받도록 할 것입니다.

만일 어떤 질문이나 우려가 있으시면, DMC 의 무료전화 1-855-347-3310 으로 연락하시거나, Dental Managed Care 에 이메일을 보내십시오: dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov; Subject: Dental Managed Care BDE.