

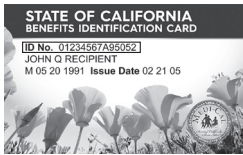
Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE) (填表說明：受益人牙科特例，簡稱：BDE)

如果您在 Sacramento 縣為自己或您的孩子預約牙科服務時有困難，請遵循下面的說明。

牙科急診情況（疼痛、腫脹和/或出血），
請撥打 **BDE 免費電話：1(855) 347-3310**，得到幫助。
BDE 電話開通時間是週一到週五，早上 8:00 點到下午 5:00 點。

填寫 BDE 表：

如所示填寫
福利身份證
卡號。



勾選所有適合
的方框。如果
是「其他」，
請解釋。

簽名並注明日期
(如果患者不到
18 歲，家長必
須簽名。)

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

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (受益人牙科特例(簡稱：BDE)表)

牙科急診情況（疼痛、腫脹和/或出血），
請撥打 **BDE 免費電話：1(855) 347-3310**，得到幫助。
BDE 電話開通時間是週一到週五，早上 8:00 點到下午 5:00 點。

患者資訊

姓名（名和姓）： _____

出生日期（月/日/年）： _____

Benefits Identification Card Number (BIC) (福利身份證卡號，簡稱：BIC): _____

最佳聯絡電話號碼： _____

家長或監護人資訊（如果患者不到18歲，家長/監護人必須填寫此部分）

姓名（名和姓）： _____

與患者的關係： _____

最佳聯絡電話號碼： _____

電郵信箱地址： _____

請在適合患者情況的任一方框內勾選：

「牙科急診情況」，請撥打 **BDE 免費電話：1(855) 347-3310**。

在 72 小時（3）天內得不到「緊急」預約。

在四（4）周內得不到「常規」預約。

請求得到授權後的 30 天內得不到「專科」預約。

其他： _____

簽名並注明日期（如果患者不到 18 歲，家長/監護人必須簽名）

簽名： _____ 日期（月/日/年）： ____ / ____ / ____

請用下面其中一種方式寄回本表：

Mail: Dental Managed Care BDE **E-Mail:** dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov **FAX:** Dental Managed Care BDE
(郵寄) PO Box 997413, MS 4900 (電郵) Subject: Dental Managed Care BDE (傳真) (916) 464-3783
Sacramento, CA 95899-7413

MU_0003834_CHI_1216

必須填寫患
者資訊。

只有患者不到
18 歲的情況下
才必須填寫家
長或監護人的
資訊。

請將本表郵
寄、或電郵或
傳真至 Dental
Managed
Care (牙科管理
護理)。

請用下面其中一種方式寄回本表：

Mail: Dental Managed Care BDE **E-Mail:** dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov **FAX:** Dental Managed Care BDE
(郵寄) PO Box 997413, MS 4900 (電郵) Subject: Dental Managed Care BDE (傳真) (916) 464-3783
Sacramento, CA 95899-7413