

Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE) (양식 설명: 수혜자의 치과 예외서비스 (BDE))

사크라멘토 카운티 (Sacramento County)에서 귀하 자신 또는 귀하 자녀를 위해 치과 예약을 하는 데 문제가 있으시면 아래의 설명에 따르십시오.

**치과 응급 치료 (통증, 부기, 또는 출혈),
BDE 무료전화 1(855) 347-3310 으로 걸어 도움을 받으십시오.**

BDE 운영시간은 월요일부터 금요일까지, 오전 8:00 시부터 오후 5:00 시 사이입니다.

BDE 양식 작성:

그림에서와 같이 혜택 식별카드 번호를 입력하십시오.



해당되는 모든 박스에 체크 표시를 하십시오. “기타” 사항이 있으면 설명하십시오.

서명과 날짜 (환자가 18 세 미만인 경우 부모가 서명을 해야 합니다.)

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

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (수혜자의 치과 예외서비스 (BDE) 양식)

치과 응급 치료 (통증, 부기, 또는 출혈).
BDE 무료전화 1(855) 347-3310 으로 걸어 도움을 받으십시오.
BDE 운영시간은 월요일부터 금요일, 오전 8:00 시부터 오후 5:00 시 사이입니다.

환자 정보

성명 (이름과 성): _____

출생일(월/일/년): _____

Benefits Identification Card Number (BIC) (혜택 식별 카드 번호 (BIC)): _____

최우선 연락처: _____

부모 또는 보호자 번호 (환자가 18 세 미만이면 의무 기재 사항)

성명 (이름과 성): _____

환자와의 관계: _____

최우선 연락처: _____

이메일 주소: _____

환자에게 적용되는 모든 박스를 체크하십시오:

“치과 응급서비스”를 위해서는, BDE 무료전화 1(855) 347-3310 으로 연락하십시오.

72 시간 (3)일 내에 “긴급” 예약을 할 수 없음.

(4) 주 내에 “일반” 예약을 할 수 없음.

승인된 요청이 있는 때로부터 30 일 내에 “전문의” 예약을 할 수 없음.

기타: _____

서명과 날짜 (환자가 18 세 미만인 경우 부모/보호자가 서명을 해야 함)

서명: _____ 일자 (월/일/년): / /

다음 중 한 가지 방법으로 이 양식을 제출하십시오:

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

MU_0003834_KOR_1216

환자 정보가 요구됩니다.

환자가 18 세 미만인 경우에만 부모 또는 보호자 정보가 필요합니다.

양식을 우편, 이메일, 또는 팩스로 Dental Managed Care (치과 관리의료) 로 보내십시오.

다음 중 한 가지 방법으로 이 양식을 제출하십시오:

Mail (우편):

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

E-Mail (이메일):

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

FAX (팩스):

Dental Managed Care BDE
(916) 464-3783