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 (月月/日日/年年年年)：

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 (月月/日日/年年年年): / /

請用下面其中一種方式寄回本表：

Mail: Dental Managed Care BDE
（郵寄:） PO Box 997413, MS 4900
Sacramento, CA 95899-7413

E-Mail: dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov
（電郵:） Subject: Dental Managed Care BDE

FAX: Dental Managed Care BDE
（傳真:） (916) 464-3783