

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (Formulario de Excepción Dental del Beneficiario (BDE))

Para casos de **EMERGENCIA DENTAL** (dolor, edema o hemorragia),
Llame a **BDE al número gratuito: 1(855) 347-3310** para recibir ayuda.

El horario de BDE es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Información del paciente

Nombre (primer nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Benefits Identification Card Number (BIC) (Número de Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC)): _____

Mejor número para contactarlo: _____

Información del padre o tutor (debe ser llenado si el paciente es menor de 18 años de edad)

Nombre (primer nombre y apellido): _____

Relación que tiene con el paciente: _____

Mejor número para contactarlo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Marque todas las casillas aplicables al paciente:

Para "**emergencias dentales**", llame a **BDE al número gratuito: 1(855) 347-3310**.

- No he podido obtener una cita "urgente" dentro de 72 horas o tres (3) días.
- No he podido obtener una cita de "rutina" dentro de cuatro (4) semanas.
- No he podido obtener una cita con el "especialista" dentro de 30 días a partir de la solicitud autorizada.
- Otro: _____

Firma y fecha (El padre/tutor **debe** firmar si el paciente es menor de 18 años de edad)

Firma: _____

Fecha (mm/dd/aaaa): / /

Le pedimos que devuelva este formulario en alguna de las maneras siguientes:

Mail (Correo):

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

E-Mail (Correo electrónico):

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

FAX: Dental Managed Care BDE

(916) 464-3783