

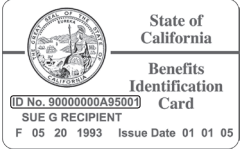
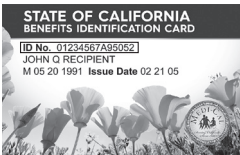
Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE) (Instrucciones del formulario: Excepción Dental del Beneficiario (BDE))

Si está teniendo problemas para concertar una cita dental para usted o su hijo en el Condado de Sacramento, siga las instrucciones siguientes.

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.

Llene el formulario de BDE:

Ingrese el número de la Tarjeta de Identificación de Beneficios, tal como se muestra.



Marque todas las casillas que correspondan. Si "otro" es aplicable, por favor explique.

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

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

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
---	--	---

MU_0003834_SPA_1216

Se requiere la información del paciente.

La información del padre o tutor es necesaria únicamente si el paciente es menor de 18 años de edad.

Envíe el formulario por correo electrónico o por fax a Dental Managed Care (Atención Dental Administrada).

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