

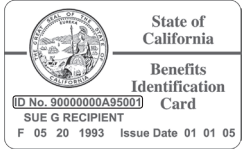
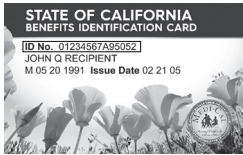
Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE) (Hướng Dẫn Điền Mẫu Đơn: Ngoại Lệ về Dịch Vụ Nha Khoa dành cho Người Nhận Phúc Lợi (BDE))

Nếu quý vị khó lấy được hẹn khám nha khoa cho quý vị hoặc con quý vị ở Quận Sacramento, vui lòng làm theo các hướng dẫn dưới đây.

Đối với TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU LIÊN QUAN TỚI NHA KHOA (sưng, đau, và/hoặc chảy máu),
Gọi số điện thoại miễn phí của BDE tại **1(855) 347-3310** để được giúp đỡ.
Giờ làm việc của BDE là từ thứ Hai - thứ Sáu, 8:00 sáng tới 5:00 chiều.

Điền Mẫu Đơn BDE:

Nhập vào Số Thẻ Trợ Cấp như đã ghi.



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

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (Mẫu Điền Ngoại Lệ về Dịch Vụ Nha Khoa cho Người Nhận Phúc Lợi (BDE))

Đối với **TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU LIÊN QUAN TỚI NHA KHOA** (sưng, đau, và/hoặc chảy máu),
Gọi số điện thoại miễn phí của BDE tại **1(855) 347-3310** để được giúp đỡ.
Giờ làm việc của BDE là từ thứ Hai - thứ Sáu, 8:00 sáng tới 5:00 chiều.

Thông Tin về Bệnh Nhân

Tên (tên gọi và tên họ): _____

Ngày Tháng Năm Sinh (tháng/ngày/năm): _____

Benefits Identification Card Number (BIC) (Số Thẻ Nhận Trợ Cấp (BIC)): _____

Số Điện Thoại Liên Lạc Thích Hợp Nhất: _____

Thông Tin về Cha Mẹ hoặc Người Giám Hộ (Phải điền nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi)

Tên (tên gọi và tên họ): _____

Mối Liên Hệ với Bệnh Nhân: _____

Số Điện Thoại Liên Lạc Thích Hợp Nhất: _____

Địa Chỉ E-mail: _____

Vui lòng Đánh Dấu vào bất kỳ Ô nào Áp Dụng cho Bệnh Nhân:

Đối với "Các Trường Hợp Cấp Cứu Nha Khoa", gọi số điện thoại miễn phí của BDE tại **1(855) 347-3310**.

Không thể có được buổi hẹn "khẩn cấp" trong vòng 72 giờ (3) ngày.

Không thể có được buổi hẹn "thông thường" trong vòng bốn (4) tuần.

Không thể có được buổi hẹn với "bác sĩ chuyên khoa" trong vòng 30 ngày kể từ ngày có yêu cầu được cho phép.

Khác: _____

Chữ Ký và Ngày (Cha Mẹ/Người Giám Hộ **phải** ký nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi)

Chữ ký: _____ Ngày (tháng/ngày/năm): / /

Vui lòng gửi lại mẫu điền này theo một trong những cách sau đây:

Mail (Qua thư bưu điện): Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS 4900
Sacramento, CA 95899-7413

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

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

MU_0003834_VIE_1216

← Phải cung cấp thông tin về bệnh nhân.

← Chỉ cần thông tin về Cha Mẹ hoặc Người Giám hộ nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi.

→ Đánh dấu tất cả các ô thích hợp. Nếu câu trả lời là "khác", vui lòng giải thích.

→ Chữ Ký và Ngày (Phụ huynh phải ký tên nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi.)

← Vui lòng gửi lại mẫu đơn qua đường bưu điện, e-mail, hoặc fax tới cho Dental Managed Care (Điều Quản Chăm Sóc Nha Khoa).

Vui lòng gửi lại mẫu điền này theo một trong những cách sau đây:

Mail (Qua thư bưu điện):
Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS 4900
Sacramento, CA 95899-7413

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

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