

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 **E-Mail:** dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov **FAX:** Dental Managed Care BDE
(郵寄:) PO Box 997413, MS 4900 (電郵:) Subject: Dental Managed Care BDE (傳真:) (916) 464-3783
Sacramento, CA 95899-7413