

## Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (수혜자의 치과 예외서비스 (BDE) 양식)

치과 응급 치료 (통증, 부기, 또는 출혈),  
**BDE 무료전화 1(855) 347-3310** 으로 걸어 도움을 받으십시오.  
**BDE 운영시간은 월요일부터 금요일, 오전 8:00 시부터 오후 5:00 시 사이입니다.**

### 환자 정보

성명 (이름과 성):

출생일(월/일/연):

Benefits Identification Card Number (BIC) (혜택 식별 카드 번호 (BIC)):

최우선 연락처:

### 부모 또는 보호자 번호 (환자가 18 세 미만이면 의무 기재 사항)

성명 (이름과 성):

환자와의 관계:

최우선 연락처:

이메일 주소:

### 환자에게 적용되는 모든 박스를 체크하십시오:

“치과 응급서비스”를 위해서는, **BDE 무료전화 1(855) 347-3310** 으로 연락하십시오.

- 72 시간 (3)일 내에 “긴급” 예약을 할 수 없음.  
 (4) 주 내에 “일반” 예약을 할 수 없음.  
 승인된 요청이 있는 때로부터 30 일 내에 “전문의” 예약을 할 수 없음.  
 기타 : \_\_\_\_\_

### 서명과 날짜 (환자가 18 세 미만인 경우 부모/보호자가 서명을 해야 함)

서명:

일자 (월/일/연):     /     /

### 다음 중 한 가지 방법으로 이 양식을 제출하십시오:

#### Mail (우편):

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

#### E-Mail (이메일):

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

#### FAX (팩스):

Dental Managed Care BDE  
 (916) 464-3783