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