填寫表格說明：Beneficiary Dental Exception (BDE) 請求

如果住在 Sacramento County 的您或家人難以得到牙科護理，您可以得到幫助。請在填妥本表後，寄回該表。

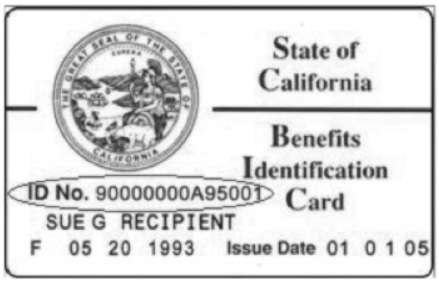
如何填寫本表?

如果您填寫本表是因為您的孩子是病人並需要服務，請在填寫時用您孩子的資訊。請確保您用正楷體填寫清楚，並盡可能詳細地回答問題。如果我們不能根據您提供的資訊辨明您的身份，這可能會拖延受理您請求的時間。

❶ *填表人的姓名*：正楷先寫名字，再寫姓氏。

❷ *病人姓名（名和姓）*：正楷先寫名字，再寫姓氏。

❸ *病人 Benefits Identification Card Number (BIC)（福利身份證號碼）*：正楷先寫 14 個數字的 BIC。通常先是八（8）個數字，然後是一（1）個字母，最後以另外五（5）個數字結尾。



❹ *出生日期*：您或您孩子出生的那一月寫兩（2）個數字、那一天寫兩（2）個數字，那一年寫 四（4）個數字。比如：05/10/2010

❺ *聯絡您的最佳電話號碼*：正楷書寫能聯絡上您的最佳的電話號碼，應是 10 個數字，包括區號。比如：XXX-XXX-XXXX

❻ *請圈選任何適合您的方框選項*：如果您圈選「其他」，請解釋在預約時遇到的問題。

❼ *簽名（病人或未成年病人家長）*：在表上簽名並寫上日期。如果要想退出牙保計劃的請求得到批准，那表上必須得有簽名。

我應該怎樣寄回本表?

郵寄： Attn: Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS4708
Sacramento, CA 95899-7413

***E-Mail* (電子郵件)**: Subject: Dental Managed Care BDE: dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov

傳真： Attn: Dental Managed Care BDE, (916) 464-3783

接下來，我能期待什麼樣的結果?

- 在 Medi-Cal Dental Managed Care Unit（Medi-Cal 牙科管理護理部）收到本表後的三 (3) 個工作日之內，您將接到他們打來的電話。
- Medi-Cal 牙科工作人員將幫您跟您或您孩子的牙醫預約。
- 如果預約成功，Medi-Cal 牙科工作人員將在您赴約之後打來後續電話，確保沒有其他就醫問題。
- 如果Medi-Cal 牙科工作人員未能為您或您的孩子成功預約，他們將採取措施，幫您找到另外一家牙保計劃/醫生和/或將您或您的孩子換到Medi-Cal 牙科按服務收費計劃內即 Denti-Cal 以得到牙科護理。

如果您有任何疑問或疑慮，請撥打 DMC 免費電話：1-855-347-3310 或電郵 Dental Managed Care（牙科管理護理）：dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov；Subject: Dental Managed Care BDE 。