

從計劃內退出的 **Beneficiary Dental Exception (BDE)** 申請

急診（疼痛、腫脹以及/或流血）情況請撥打

Dental Managed Care 免費電話：1 (855) 347-3310，得到協助。

① 填表人的姓名（名和姓）：

② 病人姓名（名和姓）：

③ 病人 Benefits Identification Card（福利身份證）號碼（BIC）：

④ 出生日期（mm/dd/yyyy）：

⑤ 聯絡您的最佳電話號碼：

⑥ 請圈選任何適合您的方框選項：

在 72 小時即（3）天內得不到一個「**緊急**」醫約。

在四（4）周內得不到一個「**常規**」（非急診）醫約。

在有授權請求情況下，在 30 天之內得不到一個「**專科醫生**」醫約。

其他： _____

請將此表寄回到：

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

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

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

⑦ X

病人簽名或者未成年病人家長簽名

日期（mm/dd/yyyy）

正楷寫出姓名以及與病人的關係

E-Mail（電子郵件，如果有的話）

無論表格上有沒有簽名，所有的表格都將首先得以受理，然而，為了受理退出牙保計劃的請求，表格上必須有簽名。