

لقد تلقيت هذا النموذج لأنك سجلت في خطة جديدة من رعاية الأسنان المُدارة، Health Net Dental (Health Net). سنستخدم هذا النموذج للحرص على حصولك على الرعاية اللازمة.

يُرجى وضع علامة على الإجابات التي تنطبق عليك باستخدام قلم أزرق أو أسود. أكمل نموذجًا واحدًا لكل شخص في عائلتك مسجل في Health Net. إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال على الخط المجاني لـ Health Net على الرقم **1-844-233-4522**. سيكون أحد الممثلين متاحًا للتحدث إليك من الاثنين إلى الجمعة، بين الساعة 8:00 صباحًا و5:00 مساءً. ينبغي لمستخدمي خدمة الهاتف النصي/هاتف ضعاف السمع الاتصال على الرقم **711**.

ملء هذا النموذج اختياري.
ولن نُحرم من الرعاية بناءً على إجاباتك السرية.

اسم العضو:	تاريخ الميلاد:	الرقم التعريفي في Medi-Cal:
السؤال يُرجى اختيار إجابة واحدة:		
نعم	لا	لا ينطبق
1.	هل مرّ أكثر من 12 شهرًا منذ زيارتك الأخيرة لطبيب الأسنان؟	
2.	هل تشعر بألم عند تناول الأطعمة الباردة أو الساخنة أو التي تحتوي على السكر؟	
3.	هل تعاني من ألم بروز إحدى الأسنان؟	
4.	هل تعاني من سن أو أسنان مصابة؟	
5.	هل لديك سن أو أسنان مكسورة؟	
6.	هل تعاني من جفاف الفم؟	
7.	هل تنزف لثتك عند تنظيف أسنانك بالفرشاة أو خيط الأسنان؟	
8.	هل تلقيت أي علاجات للثة (دواعم السن)؟ إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ آخر علاج:	
9.	هل ترتدي بدلات سنّية كاملة أو جزئية؟	
10.	هل تتلقى حاليًا علاجًا إشعاعيًا أو كيميائيًا؟	
11.	هل أنت حامل؟	
12.	هل تذهب إلى الطبيب بانتظام لعلاج حالة طبية مزمنة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فضع علامة على كل ما ينطبق: ☐ السرطان ☐ داء السكري ☐ مرض الكلى ☐ غير ذلك:	
13.	هل تعاني من إعاقة ذهنية أو جسدية أو تُعَد نفسك من ذوي الإعاقة؟	
يُرجى إعادة النموذج المكتمل باستخدام الظرف المدفوع مسبقًا المرفق أو إرساله عبر البريد إلى: Health Net Dental, Attn: Case Management, PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182 إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى زيارة طبيب أسنان قبل أن تتواصل مع Health Net، يُرجى الاتصال بعيادة الأسنان المُعيّنة لك أو طلب الرعاية من إحدى المستشفيات. أفهم أن هذه المعلومات سيُكشف عنها لخطة رعاية الأسنان الجديدة.		
التوقيع:	تاريخ التوقيع:	