

شما این فرم را دریافت کرده اید زیرا در طرح جدید مراقبت دندانپزشکی مدیریت شده، Health Net Dental (Health Net) ثبت نام کرده اید. ما از این فرم استفاده خواهیم کرد تا مطمئن شویم مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می کنید. لطفاً پاسخ هایی را که مربوط به شما هستند با خودکار آبی یا سیاه علامت بزنید. برای هر فرد در خانواده تان که در Health Net ثبت نام کرده، یک فرم تکمیل کنید. اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net به شماره 1-844-233-4522 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. یک نماینده از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، آماده صحبت با شماست. کاربران TDD/TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

تکمیل این فرم اختیاری است.

نام عضو:		تاریخ تولد:		شماره شناسایی Medi-Cal :
لطفاً یکی را علامت بزنید:				
سوال		بله	خیر	نامربوط
1.	آیا بیش از 12 ماه از آخرین مراجعه شما به دندانپزشک گذشته است؟			
2.	آیا هنگام خوردن غذاهای سرد، گرم یا شیرین احساس درد دارید؟			
3.	آیا رویش دندان دردناکی دارید؟			
4.	آیا یک یا چند دندان دارید که عفونت کرده است؟			
5.	آیا یک یا چند دندان شکسته دارید؟			
6.	آیا خشکی دهان دارید؟			
7.	آیا هنگام مسواک زدن یا نخ دندان کشیدن، لثه های شما خونریزی می کند؟			
8.	آیا تا به حال درمان لثه (پریودنتال) انجام داده اید؟ اگر بله، تاریخ آخرین درمان:			
9.	آیا از دندان مصنوعی کامل یا پروتز پارسیل تکه ای استفاده می کنید؟			
10.	آیا در حال حاضر تحت پرتودرمانی یا شیمی درمانی هستید؟			
11.	آیا باردار هستید؟			
12.	آیا به طور منظم بابت یک بیماری مزمن به پزشک مراجعه می کنید؟ اگر بله، همه موارد مرتبط را علامت بزنید: ☐ سرطان ☐ دیابت ☐ بیماری کلیه ☐ سایر موارد:			
13.	آیا ناتوانی جسمی یا روانی تشخیص داده شده ای دارید یا آیا خودتان فکر می کنید دچار چنین ناتوانی ای هستید؟			
لطفاً فرم تکمیل شده را با استفاده از پاکت پیش پرداخت شده پیوستی بازگردانید یا به آدرس زیر پست کنید: Health Net Dental, Attn: Case Management, PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182 اگر فکر می کنید لازم است قبل از تماس Health Net به دندانپزشک مراجعه کنید، لطفاً با مطب دندانپزشکی خود تماس بگیرید یا در بیمارستان خدمات درمانی دریافت کنید. آگاه هستیم که این اطلاعات به طرح بیمه دندانپزشکی جدید من ارائه خواهد شد.				
امضا:		تاریخ امضا:		