

새로운 치과 관리 의료 플랜인 Health Net Dental(Health Net)에 등록했기 때문에 이 양식을 받게 됩니다. 필요한 치료를 받을 수 있도록 이 양식을 사용할 것입니다.

검은색 혹은 파란색 펜을 이용하여 적용되는 **답에 표시하세요**. Health Net에 가입된 가족 한 명 당 한 양식을 완결하세요. 질문이 있는 경우 Health Net 무료 전화 **1-844-233-4522**로 전화하십시오. 담당자가 월요일부터 금요일까지 오전 8:00부터 오후 5:00 사이에 통화할 수 있습니다.

TDD/TTY 사용자는 **711**로 전화해야 합니다.

기밀 답변을 하신 근거로 치료를 거절당하지는 않습니다.				
회원 이름:		생년월일:		Medi-Cal ID 번호:
질문		다음 중 하나 선택		
		예	아니	해당무
1.	마지막 치과 방문 이후 12개월이 넘었습니까?			
2.	차갑거나 뜨겁거나 단 음식을 먹을 때 통증이 있습니까?			
3.	고통스러운 치아 맹출이 있습니까?			
4.	감염된 치아가 있습니까?			
5.	치아가 부러졌습니까?			
6.	입이 건조합니까?			
7.	칫솔이나 치실을 사용하면 잇몸에서 피가 나나요?			
8.	잇몸(치주) 치료를 받은 적이 있습니까? 그렇다면 마지막 치료 날짜:			
9.	틀니나 부분 의치를 착용합니까?			
10.	현재 방사선 또는 화학요법(항암치료)을 받고 있습니까?			
11.	임신 중이신가요?			
12.	만성 질환으로 정기적으로 의사를 만나십니까? 그렇다면 해당 사항을 모두 선택합니다. ☐ 암 ☐ 당뇨병 ☐ 신장 질환 ☐ 기타:			
13.	정신적 또는 신체적 장애가 있거나 이와 관련이 있습니까?			
우편요금이 선불된 동봉봉투를 사용하여 작성된 양식을 다음 주소로 반송하십시오. Health Net Dental, Attn: 사례 관리, PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182. Health Net에서 연락하기 전에 치과 의사를 만나야 한다고 생각되면 치과 의사에게 연락하거나 병원에서 치료를 받으십시오. 본인은 이 정보가 저의 새로운 치과 플랜에 공개될 것임을 이해합니다.				
서명:		서명 날짜:		