Arabic

SchoolSmiles
On-site Dental Care

الفاكس:-888 781 5678 البريد الإلكتروني: cwright@schoolsmiles.com الرقم المجاني: 1-855 497 6453

يجب إكمال النموذج الجديد كل عام دراسي إذا كنت تود مشاركة طفلك

سجِّل اليوم لرؤية طبيب الأسنان في المدرسة!!

املأ النموذج وعد إلى المدرسة أو اشترك عبر الإنترنت من الرابط التالي: www.schoolsmiles.com/student-signup

الخطوة 1

معلومات عامة عن الطفل

الاسم القانوني للطفل:_____/_____/_____ تاريخ الميلاد:_____ _____ _____(ضع دائرة حول) ذكر أنثى

العنوان:_____ المدينة:_____ الولاية:_____ الرمز البريدي:_____

المدرسة:_____ المقاطعة:_____ الصف:_____ الفصل#_____

اسم الوالد/الوصي:_____ الهاتف: (_____)_____

رقم الضمان الاجتماعي للطفل: □□□□□□□□□

البريد الإلكتروني: _____

الخطوة 2

البيانات الخاصة بدفع تكلفة الخدمة:(يرجى التحديد) ☐ MEDICAID ☐ تأمين خاص ☐ غير مؤمَّن عليه

1. **بيانات Medicaid:** مُعرّف هوية من 10 أ 12 رقمًا # □□□□□□□□□□□□

خطة Managed Care:_____

2. **التأمين الخاص:**

اسم شركة تأمين خدمات **طب الأسنان**:_____ للتأمين الهاتف:_____

اسم المشترك:_____/_____ تاريخ ميلاد المشترك:_____ _____ _____

مُعرّف هوية المشترك:_____ رقم الضمان الاجتماعي للمشترك:_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____

3. **خيارات خدمات طب الأسنان غير الخاضعة للتأمين:**

☐ **خيار Self Pay (الدفع الذاتي):** إذا رغبت في فحص طفلك فورًا، فلديك خيار دفع الرسوم المُخفَّضة التي تبلغ 99 دولارًا، والتي تشمل تنظيف الأسنان وإجراء الأشعة السينية واستعمال الفلورايد والفحص. يجب دفع 99 دولارًا قبل فحص طفلك عبر حوالة مالية أو الاتصال بالرقم (1.855.497.6453) لتقديم المبلغ عبر الهاتف.

☐ **خيار Grant Request (طلب منحة)** . تتوفر خدمات مجانية على أساس أسبقية الوصول.

الخطوة 3

أسئلة مهمة عن الصحة:

1. هل طفلك مصاب بأي من الحالات الطبية التالية في الوقت الحالي: مشكلات قلبية، أو اضطرابات من النوبات التشنجية أو أي من أنواع الحساسية، إلى غير ذلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى تحديدها أدناه. إذا كانت الإجابة "لا"، فيترك هذا الحقل فارغًا: _____

_____

الخطوة 4

التوقيع المطلوب

أنا الوالد(ة)/الوصي_____ أعي ذلك وأصرح لأطباء الأسنان في School Smiles بتقديم الخدمات التالية لطفلي في المدرسة، والتي تتضمن: الفحص، والأشعة السينية، وتنظيف الأسنان، واستعمال الفلورايد والمواد التي تحمي ضروس الطواحن وفقًا لحاجته لها، على أن يكون ذلك في شكل فحوصات دورية تتم كل 6 أشهر. كما أصرح بتلقي طفلي لعلاج الأسنان وفق ما يلزم من أجل رعاية المتابعة في شكل حشوات ترميمية وتخدير موضعي لتخدير المنطقة التي يُراد علاجها. أعي وأوافق على أنه قد يكون من الضروري أثناء العلاج تغيير أو إضافة إجراءات بسبب ما قد يتبين من مستجدات لم يتم اكتشافها أثناء الفحص الأولي مثل كبر حجم الحشوات أو إجراء استئصال اللب الجزئي (عملية القناة الجذرية في سن الرضيع). أعي أنه في أي وقت يحتاج فيه طفلي إلى تاج من الفولاذ غير القابل للصدأ أو خلع سن أو ضرس، سيتطلب الأمر موافقة إضافية.

البيان المالي: نرجوا أن تدرك أن أي علاج يتم تقديمه قد يؤثر على المزايا المستقبلية التي سيتلقاها طفلك بموجب التأمين الخاص، وبرنامج التأمين الصحي، وMedicaid وHoosier Healthwise. مدرج في الصفحة الخلفية من هذا النموذج نسخة من إخطار الخصوصية لقانون قابلية نقل عقد التأمين الصحي وتحمل المسئولية (HIPAA)، وبالتوقيع على هذا النموذج، أعي أيضًا أنه سيتم تقديم نسخة من هذا الإخطار في موعد طفلي مع طبيب الأسنان وأنه يمكن طلب نسخة إضافية بالاتصال بالرقم1.855.497.6453.

يعني توقيعك أدناه أنك توافق على إجراءات تنظيف الأسنان التي تتم دوريًا بالإضافة إلى أي علاج أسنان ضروري لعام دراسي واحد:

توقيع الوالد(ة)/الوصي:_____ **التاريخ:**_____

إذا تطلبت حالة طفلك علاجًا خارج نطاق ما يمكن تقديمه من جانب *School Smiles*، فسيتم تقديم إحالة إليك.