

تاريخ القبول	رقم تعريف العميل	رقم معرف المزود الوطني لموفر الرعاية الصحية	اسم العميل
البند (البند)/الخدمة (الخدمات) المقبولة			
المعلومات التالية مطلوبة لتوفير جميع خدمات طقم الأسنان الكاملة (D5110/D5120) يجب على العميل إتمام كل من جزئي هذه الاستمارة وتوقيعها قبل أن تدفع هيئة الرعاية الصحية في مقابل الخدمات.			
الجزء الأول: قالب الشمع التجريبي			
يمثل قالب الشمع التجريبي عرض لأسنانك مع مجموعة الأسنان في قالب شمع صمغي ملون للثة. يتمثل الغرض من قالب الشمع التجريبي هذا في التأكيد على شكل إطباق الأسنان ولون الأسنان وموضع الأسنان والشكل الكلي لطقم الأسنان. يُجرى قالب الشمع التجريبي عندما تتطلب الحاجة إجراء تغيير في مظهر الأسنان. في أثناء هذا قد تشعر أن الأسنان مقلقة وضخمة. بمجرد الموافقة على قالب الشمع التجريبي، سوف يتم الانتهاء مباشرة من طقم الأسنان باستخدام قالب الشمع التجريبي.			
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	هل أنت راض عن لون الأسنان؟ إذا كانت إجابتك "لا"، أذكر السبب؟	
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	هل أنت راض عن وضع الأسنان وملائمتها؟ إذا كانت إجابتك "لا"، أذكر السبب؟	
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	هل أنت راض عن حجم الأسنان وشكلها؟ إذا كانت إجابتك "لا"، أذكر السبب؟	
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	هل أنت راض عن مقدار اللون الزهري أو المادة الصمغية الظاهرة؟ إذا كانت إجابتك "لا"، أذكر السبب؟	
يشير توقيع العميل أو الوكيل المُكلف أدناه للتالي: لقد أجريت قالب الشمع التجريبي لأسنانك المستقبلية، وأوافق على إطباق الأسنان والمظهر واللون. أتفهم تمامًا أنه بمجرد توقيعك على هذه الاستمارة فأنا أوافق على أنه يمكن لموفر الرعاية الصحية المُضي قدمًا في عمل طقم الأسنان وأن أي تغييرات مستقبلية قد تكون صعبة. ملاحظة: يجب أن تشير الآن إذا كنت لا تحب أي من الميزات المذكورة أعلاه حتى بعد تقديم التعديلات. إذا كانت التغييرات غير ممكنة، فلقد سبق وشرح لي، وأنا أتفهم تمامًا وأقبل طاقم الأسنان بمجرد الانتهاء منه.			
توقيع العميل/الوصي/الوكيل المُحدد	التاريخ		
الجزء الثاني: تسليم وتركيب الأسنان			
يشير توقيع العميل أو الوكيل المُكلف أدناه للتالي: قُدم لي طاقم أسناني النهائي وتم وضعه في فمي. أجرى موفر الرعاية الصحية التعديلات اللازمة لتلبية احتياجاتي، وأقبل التسليم. أتفهم أن هذا طاقم أسناني النهائي.			
توقيع العميل/الوصي/الوكيل المُحدد	تاريخ التسليم		
يوضح توقيع طبيب الأسنان/فني الأسنان أدناه أن الخدمات المقدمة تلي معايير الرعاية، وأن جودة المنتج مقبولة. فضلًا عن ذلك، يتفهم موفر الرعاية الصحية أن الرسوم العالمية لطقم الأسنان تشمل ثلاثة أشهر من الرعاية اللاحقة للعمليات الجراحية، بما في ذلك التعديلات اللازمة وتهئية الأنسجة.			
توقيع طبيب الأسنان/فني الأسنان (يتم التوقيع في تاريخ التسليم)	التاريخ		

يجب إتمام هذه الاستمارة وتحرير جميع التوقيعات الوجودية في تاريخ التسليم. وسوف يكون هذا هو التاريخ الذي تتوقع الوكالة أن تراه على فواتيرك.

ينبغي الاحتفاظ بنسخة في ملف العميل، وتُقدم إلى هيئة الرعاية الصحية عند الطلب لتحديد إذا ما كانت جميع متطلبات WAC 182-535-1090 قد استوفيت أم لا.