



جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال
(CHILD DENTAL BENEFIT SCHEDULE)
استمارة موافقة المريض على ترتيبات الفوترة بموجب نظام Bulk Billing

أنا، المريض / الوصي القانوني، أقر بأنه قد تمّ إعلامي:

- بخصوص العلاج الذي تمّ تقديمه أو سيتمّ تقديمه ابتداءً من هذا التاريخ في إطار جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال (Child Dental Benefits Schedule)؛
- بخصوص التكلفة المحتملة لهذا العلاج؛ بالإضافة إلى
- أنه سيتمّ تقاضي الرسوم الخاصة بالخدمات في إطار جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال Child Dental Benefits Schedule بموجب نظام Bulk Billing وبأنني لن أتحمّل أي تكاليف مقابل هذه الخدمات،
رهناءً على توقّر تمويل كافٍ بمقتضى الحد الأقصى للمعونات benefit cap.

أدرك بوصفي / المريض أنني سأتمكن من الاستفادة من الاستحقاقات الخاصة بصحة الأسنان بحدود الحد الأقصى للمعونات benefit cap فقط.

أدرك أنه قد تفرض بعض القيود على الاستحقاقات الخاصة ببعض الخدمات وأنّ جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال (Child Dental Benefits Schedule) يغطي مجموعة محدودة من الخدمات. أدرك أنني سأحتاج أن أقوم شخصياً بتغطية تكاليف أي خدمات لا يغطيها جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال (Child Dental Benefits Schedule).

أدرك أنّ تكلفة الخدمات ستقلل من مبلغ الحد الأقصى المتاح للمعونات benefit cap وأ أنني سأحتاج إلى تغطية التكاليف الناجمة عن أي خدمات إضافية عند استفاد الاستحقاقات بصورة شخصية.

توقيع المريض / الوصي القانوني

رقم بطاقة الميديكير الخاصة بالمريض

الاسم الكامل للشخص الذي يقوم بالتوقيع
(في حال لم يكن المريض)

اسم المريض الكامل

التاريخ

هذه الاستمارة سارية المفعول حتى 31 كانون الأول/ديسمبر من السنة الميلادية التي تمّ التوقيع خلالها.



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT FORM**

I, the patient / legal guardian, certify that I have been informed:

- of the treatment that has been or will be provided from this date under the Child Dental Benefits Schedule;
- of the likely cost of this treatment; and
- that I will be bulk billed for services under the Child Dental Benefits Schedule and I will not pay out-of-pocket costs for these services, subject to sufficient funds being available under the benefit cap.

I understand that I / the patient will only have access to dental benefits of up to the benefit cap.

I understand that benefits for some services may have restrictions and that Child Dental Benefits Schedule covers a limited range of services. I understand I will need to personally meet the costs of any services not covered by the Child Dental Benefits Schedule.

I understand that the cost of services will reduce the available benefit cap and that I will need to personally meet the costs of any additional services once benefits are exhausted.

Patient's Medicare number

Patient / legal guardian signature

Patient's full name

Full name of person signing
(if not the patient)

Date

This form is valid up to 31 December of the calendar year for which it is signed.