



चाइल्ड डेंटल बैनिफिट्स शैड्यूल (बाल दंत लाभ अनुसूची) बल्क बिलिंग रोगी सहमति फॉर्म

मैं, रोगी / कानूनी अभिभावक, यह प्रमाणित करता/ती हूँ कि मुझे निम्नलिखित के बारे में सूचित कर दिया गया है:

- चाइल्ड डेंटल बैनिफिट्स शैड्यूल के अन्तर्गत इस तिथि से प्रदान किये गए अथवा प्रदान किये जाने वाले इलाज के बारे में;
- इस इलाज की संभावित क्रीमत के बारे में; तथा
- चाइल्ड डेंटल बैनिफिट्स शैड्यूल के अन्तर्गत मुझे प्राप्त सेवाओं की बल्क बिलिंग होगी और इन सेवाओं के लिये मुझे अपनी जेब से कोई पैसा नहीं देना पड़ेगा, बशर्ते कि लाभ सीमा (कार्यक्रम के अन्तर्गत उपलब्ध धनराशि की सीमा) के तहत पर्याप्त धनराशि उपलब्ध हो।

मैं यह समझता/ती हूँ कि मुझे/रोगी को लाभ सीमा के भीतर मिलने वाले दंत लाभ ही मिलेंगे।

मैं यह समझता/ती हूँ कि कुछ सेवाओं में मिलने वाले लाभ पाबंदित हो सकते हैं और चाइल्ड डेंटल बैनिफिट्स शैड्यूल में सीमित प्रकार की सेवाएँ ही कवर (शामिल) होती हैं। मैं यह समझता/ती हूँ कि मुझे उन सेवाओं की क्रीमत व्यक्तिगत रूप से भरनी होगी जो चाइल्ड डेंटल बैनिफिट्स शैड्यूल में कवर (शामिल) नहीं होती हैं।

मैं यह समझता/ती हूँ कि सेवाओं की क्रीमत के कारण उपलब्ध लाभ सीमा कम हो जायेगी और लाभ सीमा की धनराशि ख़त्म हो जाने के बाद, किसी भी प्रकार की अतिरिक्त सेवाओं की क्रीमत मुझे व्यक्तिगत रूप से चुकानी होगी।

रोगी का मैडिकेयर नंबर

रोगी / कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर

रोगी का पूरा नाम

हस्ताक्षरकर्ता का पूरा नाम
(यदि रोगी खुद हस्ताक्षरकर्ता न हो तो)

तिथि

यह फॉर्म उस कैलेंडर वर्ष की 31 दिसंबर तक मान्य रहता है जिस साल में इस पर हस्ताक्षर किये गये हों।



**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.