គម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញសម្រាប់កុមារ

ទម្រង់​​​ផ្តល់​ការ​យល់​ព្រម​របស់​អ្នក​ជំងឺ​ចំពោះ​ការ​ចេញ​វិក្កយ​បត្រ​ដុល

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ (អ្នក​ជំងឺ/អាណាព្យាបាល​ស្រប​ច្បាប់) សូម​បញ្ជាក់​ថា​ ខ្ញុំ​បាទ/នាងខ្ញុំបាន​ទទួល​ព័ត៌មានអំពី៖

* ​ការ​ព្យាបាល​ដែល​បាន ​ឬ​នឹង​ត្រូវ​​បាន​ផ្តល់​ជូន ចាប់​ពី​ថ្ងៃ​នេះ​តទៅ ​នៅ​ក្រោម​គម្រោង​​អត្ថប្រយោជន៍​​ថែទាំ​សុខភាព​មាត់​​ធ្មេញ​​​​សម្រាប់​​កុមារ (Child Dental Benefits Schedule)
* ​តម្លៃ​ប្រហែល​នៃ​ការ​ព្យាបាល​នេះ និង
* ព័ត៌​មាន​ដែល​ថា ខ្ញុំ​នឹង​ត្រូវ​បាន​គេចេញ​​វិក្កយបត្រ​ដុល (bulk billing) ជូន​សម្រាប់​សេវានានា ​ក្រោម​​គម្រោង​​​អត្ថប្រយោជន៍​​ ថែទាំសុខភាព​មាត់​​​ធ្មេញ​សម្រាប់​កុមារ ហើយ​ខ្ញុំ​នឹង​មិន​ចំណាយ​ប្រាក់​ផ្ទាល់ខ្លួន​សម្រាប់​ថ្លៃ​សេវា​​ទាំងនេះ​​ឡើយ ក្នុង​ករណី​ដែល​​​​មានមូលនិធិ​​គ្រប់​គ្រាន់នៅ​ក្រោម​កម្រិត​អតិបរមា​នៃ​អត្ថប្រយោជន៍​​​នេះ។

***ខ្ញុំ​យល់​ដឹង​ថា ខ្ញុំ/អ្នក​ជំងឺ នឹងទទួល​បាន​អត្ថប្រយោជន៍​ថែ​ទាំ​សុខភាព​មាត់​ធ្មេញ​​ ត្រឹម​កម្រិត​អតិបរមា​នៃ​អត្ថប្រយោជន៍​នេះ​តែ​ប៉ុណ្ណោះ។***

***ខ្ញុំ​យល់ដឹង​ថា អត្ថប្រយោជន៍​​សម្រាប់​សេវា​មួយ​ចំនួន​​​ អាច​មាន​លក្ខខណ្ឌ​កម្រិត​ ហើយ​ថា* *​​គម្រោង​​អត្ថប្រយោជន៍​​ ថែទាំ​សុខភាពមាត់​​​ធ្មេញ​​សម្រាប់​​កុមារ ផ្តល់​ការ​ធានារ៉ាប់រង​លើ​​បណ្ដា​សេវា​​***ដែលស្ថិត​ក្នុង​ដែន​កំណត់***ប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំ​យល់ដឹង​ថា ខ្ញុំ​នឹង​ត្រូវ​​បង់​​ប្រាក់​ផ្ទាល់​ខ្លួន​សម្រាប់​ថ្លៃ​សេវា​ទាំង​ឡាយណា ​ដែល​មិន​ស្ថិត​ក្រោម​ការ​ធានា​រ៉ាប់​រង​របស់​​គម្រោង​​អត្ថប្រយោជន៍​​​​ថែទាំ​​សុខភាព​​មាត់​ធ្មេញ​​សម្រាប់​កុមារ។***

ខ្ញុំ​យល់​ដឹង​ថា តម្លៃ​​សេវា​នានានឹង​កាត់បន្ថយ​​កម្រិត​អតិបរមា​នៃ​​អត្ថប្រយោជន៍​ដែល​មាន ហើយថា ខ្ញុំ​នឹង​ត្រូវ​បង់​ប្រាក់​ផ្ទាល់​ខ្លួនសម្រាប់​បង្គ្រប់​​ថ្លៃ​សេវា​បន្ថែម​នានា​ ​នៅ​ពេល​ដែលអស់​អត្ថប្រយោជន៍​នោះ។

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

លេខ Medicare របស់​អ្នក​ជំងឺ ហត្ថលេខា​អ្នក​ជំងឺ/អាណាព្យាបាល​ស្រប​ច្បាប់

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ឈ្មោះ​ពេញ​របស់​អ្នក​ជំងឺ ឈ្មោះ​ពេញ​របស់​អ្នក​ចុះ​ហត្ថលេខា

(ក្នុងករណីមិន​មែន​ជាអ្នក​ជំងឺ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ

ទម្រង់​នេះ​មាន​សុពលភាព​ចាប់​ពី​ថ្ងៃ​ចុះ​ហត្ថលេខា​ រហូត​ដល់​ថ្ងៃ​ទី 31 ខែ​ធ្នូ នៃ​ឆ្នាំប្រតិទិនដែលទម្រង់នេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។

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 theChild 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.