



बाल दन्त लाभ कार्यक्रम बल्क बिलिङ्ग बिरामी स्वीकृत फारम

म, बिरामी/कानूनी अविभावक, प्रमाणित गर्दछुकी मलाई निम्न कुराहरूको जानकारी गराईएको छः

- बाल दन्त लाभ कार्यक्रम अन्तर्गत यस मति देखी उपचार भै रहेको छ वा उपचार उपलब्ध गराईनेछ;
- उपचारको लागि लाग्न सक्ने अनुमानित खर्च; र
- जुनचाँही मलाई बाल दन्त लाभ कार्यक्रम अन्तर्गत सेवाको बल्क बिल गरिनेछ र म उक्त सेवाको लागि सो भन्दा माथी लाग्ने खर्च, लाभको अंश अन्तर्गत प्रर्याप्त पैसा भए सम्म म तिर्ने छैन।

मैले बुझेको छु की म/बिरामी लाई दन्त लाभ उपलब्ध लाभको हिस्सा सम्म मात्र हासिल गर्न सक्नेछु।

मैले कुनै कुनै सेवाहरूको लागि रोकतोक रहेभएको हुने र बाल दन्त लाभ कार्यक्रमले निश्चित सेवाहरू मात्र उपलब्ध गराउने कुरा बुझेको छु। मैले बाल दन्त लाभ कार्यक्रमले नतिरेका खर्चहरू आफूले तिर्नुपर्ने कुरा पनि बुझेकोछु।

मैले सेवाका खर्चहरू उपलब्ध लाभ हिस्साले घटाउने कुरा बुझेको छु र एकपटक लाभको रकम सकिएपछी लाग्ने थप खर्चहरू आफैले तिर्नुपर्ने कुरा बुझेको छु।

बिरामीको मेडिकेयर नम्बर
Patient's Medicare number

बिरामी/ कानूनी अविभावकको हस्ताक्षार
Patient / legal guardian signature

बिरामीको पुरा नाम
Patient's full name

हस्तक्षर गर्ने व्यक्तीको पुरा नाम (यदि बिरामी नभएमा))
Full name of person signing (if not the patient)

मिति
Date

यो फारम हस्तक्षर गरेको बर्षको ३१ डिसेम्बर सम्मकोलागि साविक रहनेछ।



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.