



## برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان فرم رضایت بیمار با بالک بیلینگ

من، بیمار / سرپرست قانونی، گواهی می‌کنم که من از موارد مطلع هستم:

• درمان در این روز تحت برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان ارائه شده یا خواهد شد.

• احتمال هزینه برای این درمان، و

• که من برای خدمات تحت برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان بالک بیل خواهم شد و هزینه ای از جیب خودم برای این خدمات پرداخت نخواهم کرد، بشرطی که بودجه کافی تحت سقف مزایا موجود باشد.

من درک می‌کنم که من / بیمار به مزایای دندانپزشکی فقط تا سقف مزایا دسترسی خواهم داشت.

من درک می‌کنم که مزایا برای برخی از این خدمات ممکن است محدودیت هایی داشته باشند و برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان دامنه محدودی از خدمات را پوشش می‌دهد. من درک می‌کنم که باید شخصا هزینه های هر گونه خدماتی را که برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان پوشش نمی‌دهد بپردازم.

من درک می‌کنم که هزینه های خدمات سقف مزایا را کاهش خواهد داد و من باید شخصا هزینه های هر گونه خدمات اضافی را وقتی که مزایا به اتمام رسید بپردازم.

امضای بیمار / سرپرست قانونی

شماره مدیکر بیمار

نام و نام خانوادگی شخص امضا کننده

نام و نام خانوادگی بیمار

(اگر بیمار نباشد)

تاریخ

این فرم تا 31 دسامبر سالی که امضا می‌شود معتبر است.



**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.