ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก

แบบฟอร์มคำยินยอมของผู้ป่วยให้เรียกเก็บเงินค่าบริการทั้งหมดจากรัฐบาล

ข้าพเจ้า, ชื่อผู้ป่วย / ผู้ปกครองตามกฎหมาย, รับรองว่า ข้าพเจ้าได้รับแจ้งให้ทราบแล้ว:

* เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับและจะได้รับ ตั้งแต่วันนี้ ภายใต้ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก
* เกี่ยวกับประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลครั้งนี้
* ว่า ค่าบริการต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับ ภายใต้ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก จะถูกส่งเรียกเก็บเงินเต็มจำนวนจากรัฐบาล และข้าพเจ้าไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่าย สำหรับบริการต่างๆ เหล่านี้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับจำนวนเงินที่มีให้ภายใต้สิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุด

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้า / ผู้ป่วย จะสามารถเข้าถึง สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม สูงถึงสิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุดเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า สิทธิประโยชน์สำหรับบริการบางอย่าง อาจมีข้อจำกัด และเข้าใจว่า ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันต กรรมสำหรับเด็ก ครอบคลุมขอบเขตจำกัดสำหรับบริการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะต้องเป็นผู้จ่ายค่าบริการต่างๆ ที่ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก ไม่ครอบคลุม ด้วยตนเอง

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ค่าบริการต่างๆ จะลดสิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุดที่มีให้ และเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะต้องเป็นผู้จ่ายค่า บริการเพิ่มเติม เมื่อสิทธิประโยชน์ถูกใช้หมดแล้ว ด้วยตนเอง

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

หมายเลขเมดิแคร์ของผู้ป่วย ลายเซ็นของผู้ป่วย /ผู้ปกครองตามกฎหมาย

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

ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย ชื่อและนามสกุลของผู้เซ็นชื่อ   
(ถ้าไม่ใช่ผู้ป่วย)

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

วันที่

แบบฟอร์มนี้มีผลบังคับใช้ได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของปีปฏิทินที่มีการเซ็นชื่อ

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.