



ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก
แบบฟอร์มคำยินยอมของผู้ป่วยให้เรียกเก็บเงินค่าบริการทั้งหมดจากรัฐบาล

ข้าพเจ้า, ชื่อผู้ป่วย / ผู้ปกครองตามกฎหมาย, รับรองว่า ข้าพเจ้าได้รับแจ้งให้ทราบแล้ว:

- เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับและจะได้รับ ตั้งแต่นั้น
ภายใต้ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก
- เกี่ยวกับประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลครั้งนี้
- ว่า ค่าบริการต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับ ภายใต้ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก
จะถูกส่งเรียกเก็บเงินเต็มจำนวนจากรัฐบาล และข้าพเจ้าไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่าย สำหรับบริการต่างๆ เหล่านี้ ทั้งนี้
ขึ้นอยู่กับจำนวนเงินที่มีให้ภายใต้สิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุด

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้า / ผู้ป่วย จะสามารถเข้าถึง สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม
สูงถึงสิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุดเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า สิทธิประโยชน์สำหรับบริการบางอย่าง อาจมีข้อจำกัด และเข้าใจว่า ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก ครอบคลุมขอบเขตจำกัดสำหรับบริการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะต้องเป็นผู้จ่ายค่าบริการต่างๆ ที่ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก ไม่ครอบคลุม ด้วยตนเอง

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ค่าบริการต่างๆ จะลดสิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุดที่มีให้ และเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะต้องเป็นผู้จ่ายค่าบริการเพิ่มเติม 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 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.