



ÇOCUK DIŞ YARDIMI PROGRAMI
TOPLU FATURALAMALA (BULK BILLING) İÇİN HASTA ONAY
FORMU

Ben, hasta/yasal veli olarak;

- Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında bu tarihten itibaren tedavinin sağlandığını veya sağlanacağını,
- tedavinin muhtemel maliyeti konusunda ve
- Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamındaki hizmetlere dair tarafıma toplu faturalama yapılacağını ve yardım kapsamındaki kaynakların yeterliliğine tabi olarak cebimden bir harcama yapmayacağım konusunda bilgilendirildiğimi onaylıyorum.

Ben/hasta, diş tedavisi yardımlarının yalnızca yardımın üst limitine kadar olan kısmına erişebileceğimi anlıyoruz.

Bazı hizmetlere ilişkin yardımlarda kısıtlamalar olabileceğini ve Çocuk Diş Yardımı Programı'nın sınırlı hizmetleri karşılayacağını anlıyorum. Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında karşılanmayan hizmetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.

Hizmetlerin maliyetinin, mevcut yardımın üst limitini düşüreceğini ve yardımın tükenmesinden sonra oluşabilecek ek servislere ilişkin maliyetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.

Hasta Medicare numarası

Hasta/yasal veli imzası

Hastanın adı soyadı

İmzalayanın adı soyadı
(hasta değilse)

Tarih

Bu form imzalandığı takvim yılının 31 Aralık tarihine kadar geçerlidir.



**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.