



ကလေး သွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ်  
ကွာဟငွေ အိတ်စိုက်- ပေးရမည့် လူနာ သဘောတူညီချက်ပေးသည့် ပုံစံ

ကျွန်ုပ် လူနာ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ သည် ကျွန်ုပ်အား အောက်ပါတို့ကို အကြောင်းကြားပြီး ဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။

- ကလေး သွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ် အရ ကုသပေးခဲ့သည့် ဆေးဝါးကုသမှု သို့မဟုတ် ဤနေ့ရက်တွင် ကုသပေးမည်ဖြစ်သော ဆေးဝါးကုသမှု
- အိတ်စိုက် ပေးရမည့် ငွေတစ်ခုခု အပါအဝင် ဤဆေးဝါးကုသမှု အတွက် ကျသင့်ဖွယ်ရာရှိသည့် ကုန်ကျစရိတ် နှင့်
- ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာနှင့် ပေးချေရန်စီစဉ်ပေးမှုများ

ကျွန်ုပ်/လူနာသည် သွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များကို သတ်မှတ်ထားသည့် အများဆုံး ပမာဏ သက်သာခွင့် အထိသာလျှင် ရယူရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

အချို့ ဝန်ဆောင်မှုများ အတွက် သက်သာခွင့်များတွင် ကန့်သတ်မှုများ ရှိကောင်းရှိနိုင်ပြီး ကလေး သွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ်တွင် ကန့်သတ်ထားသည့် အမျိုးအစားဖြစ်သော ဝန်ဆောင်ကုသပေးမှု အမျိုးမျိုး အကျုံးဝင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကလေး သွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ်တွင် အကျုံးမဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှု တစ်ခုခု ကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် ပေးရန်လိုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

အသိပေးပြီး ဖြစ်သည့် အိတ်စိုက် ပေးရမည့် ငွေ အပြင် ဝန်ဆောင်မှုများ၏ကုန်ကျစရိတ်သည် ရရှိနိုင်သော အများဆုံး ပမာဏ သက်သာခွင့်ကို လျော့နည်းသွားစေလိမ့်မည် ဖြစ်ကြောင်းနှင့် သက်သာခွင့်များ ကုန်သွားသည်နှင့်တစ်ပြိုင်နက် အပိုဝန်ဆောင်မှု တစ်ခုခု၏ ကုန်ကျစရိတ်များကို ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် ကျခံရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

လူနာ၏ မယ်ဒီကဲ နံပါတ်

လူနာ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ၏ ထိုးမြဲလက်မှတ်

လူနာ၏ အမည်အပြည့်အစုံ

လက်မှတ်ရေးထိုးသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ  
(လူနာမဟုတ်လျှင်)

ရက်စွဲ

ကလေး သွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ် အရ ဝန်ဆောင်ကုသပေးသည့် နေ့တိုင်း ဤပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရမည်။



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE  
NON-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 on this day under the Child Dental Benefits Schedule;
- the likely cost of this treatment, including any out-of-pocket costs; and
- the billing and payment arrangements for the services.

***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 the 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.***

***In addition to the out-of-pocket costs discussed, 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 must be completed on each day of service provision under the Child Dental Benefits Schedule.