



ဖိသည့် အမဲဂျာဝီ အတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်တဖဉ် အတတ်ရဲဉ်လီ၊ ကျဲလီ၊
တတ်ယုအါထီဉ်စုလုပုဆါအာဉ်လီ၊ တူဉ်လိဉ်ဟ့ဉ်တတ်ပျဲအလံဉ်တကျိဉ်ဒိ

ယု၊ ပုဆါ၊ ပုကျဲထွဲကဟုကယတ်တတ်လုအဖိးသဲစး၊ ဘီးဘဉ်သ့ဉ်ညါယဝဲလုယဘဉ်တတ်ဒုးသ့ဉ်ညါယု-

- ဘဉ်ယုတတ်ကူစါယါဘျဲလုတတ်ဟ့ဉ်တတ်လံအီးမုတမ့တ်တတ်ကဟ့ဉ်အီးစးထီဉ်လုမုနဲအဝဲအံးဒဲတတ်ရဲဉ်လီ၊ ကျဲလီ၊ လုဖိသည့် အမဲဂျာဝီ အတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အဖိလတ်အသီး၊
- ဘဉ်ယုတတ်ကူစါယါဘျဲအလဲလုအကလတ်၊ ဟ်ယုတ်တတ်အလဲလုအကလတ်လုယထာဉ်အပူတဖဉ်တခါလတ်၊ ဒီး
- တတ်ဆုလီတတ်ယုစုလံဉ်ဒီးတတ်ဟ့ဉ်တတ်အလဲအတတ်ရဲဉ်ဟ်ကျဲဟ်တဖဉ်လုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုအဂီဉ်န့ဉ်လီ၊

ယုနတ်ဟ်ယဲဒုဉ်လုယု၊ ပုဆါအိဉ်ဒီးခွဲးယတ်လုကမုန့ဉ်သ့ဘဉ်မဲဂျာဝီအတတ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်လုအထီဉ်ဘးတတ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အတတ်ဟ်ပနီဉ်ယတ်အသီးန့ဉ်လီ၊

ယုနတ်ဟ်ယဲဒုဉ်လုတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်တဖဉ်လုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုတနီဉ်အဂီဉ်ကအိဉ်ဒီးတတ်တြီယတ်တဖဉ်ဒီးဖိသည့် အမဲဂျာဝီ အတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်တဖဉ်အတတ်ရဲဉ်လီ၊ ကျဲလီ၊ ကျဲဘုအုတ်တတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုအကလတ်တနီဉ်န့ဉ်လီ၊ ယုနတ်ဟ်ယဲဒုဉ်လုယကလိဉ်မုပုတတ်အလဲတဖဉ်လုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုတခါခါလုတတ်တကျိဉ်ဘုအီးလုဖိသည့် အမဲအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အတတ်ရဲဉ်လီ၊ ကျဲလီ၊ တဖဉ်လုယနီဉ်ကစါန့ဉ်လီ၊

တတ်အလဲတဖဉ်လုအလတ်လုကစါထာဉ်ပုလုတတ်တဲသကိးတတ်လံအီးအမဲဉ်ညါ၊ ယုနတ်ဟ်ယဲဒုဉ်လုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုအလဲကမုလီစုတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အတတ်ဟ်ပနီဉ်လုအအိဉ်ဝဲဒီးယကဘဉ်မုပုတတ်အလဲလုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုတဖဉ်လုအကတဖဉ်တဘျီဖဲတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အံးလတ်ကွဉ်အခါလုယကစါန့ဉ်လီ၊

ပုဆါအမဲဒဲးခဲရဲအနီဉ်ဂံဉ်

ပုဆါ၊ ပုကျဲထွဲကဟုကယတ်တတ်လုအဖိးသဲစးအစုဆဲးပနီဉ်

ပုဆါအမံးအလုအပျဲ

ပုတဂလုအဆဲးလီ၊ မံးတဂလုအမံးအလုအပျဲ
(မုတမ့တ်ပုဆါအနီဉ်ကစါတခါ)

မုနံး

လိဉ်တကျိဉ်ဒိ အံးကဘဉ်တတ်မုပုလီ၊ အီးလုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုလုတတ်ဟ့ဉ်လီ၊ အီးလုတတ်သိစုဉ်အဂီဉ်လုဖိသည့် အမဲဂျာဝီ အတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အတတ်ရဲဉ်လီ၊ ကျဲလီ၊ အဖိလတ်န့ဉ်လီ၊



**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.