គម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញសម្រាប់កុមារ

ទម្រង់ផ្តល់ការ​យល់​ព្រមរបស់​​អ្នក​ជំងឺ​ចំពោះការចេញវិក្កយបត្រ​មិន​មែនដុល

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ (អ្នក​ជំងឺ/អាណាព្យាបាល​ស្រប​ច្បាប់) សូម​បញ្ចាក់​ថា​ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ​បាន​ទទួល​ព័ត៌មាន​អំពី៖

* ​ការ​ព្យាបាល​ដែល​បាន ឬ​នឹង​ត្រូវ​បាន​​ផ្តល់​ជូន ​​​ចាប់​ពី​ថ្ងៃ​នេះ​តទៅ ​នៅ​ក្រោម​គម្រោង​​អត្ថប្រយោជន៍​​ថែទាំ​សុខភាព​មាត់​​ធ្មេញ​​​​សម្រាប់​​កុមារ (Child Dental Benefits Schedule)
* តម្លៃ​​ប្រហែល​នៃ​ការ​ព្យាបាល​នេះ ​រួម​​ទាំង​ការ​ចំណាយ​ប្រាក់​ផ្ទាល់ខ្លួន​​នានា និង
* ការ​រៀប​ចំ​សម្រាប់​​ការ​ចេញ​វិក្កយបត្រ​ និង​​ការ​បង់​ប្រាក់​សម្រាប់​សេវា​នានា។

***ខ្ញុំ​យល់ដឹង​ថា ខ្ញុំ/អ្នក​ជំងឺ នឹងទទួល​បាន​អត្ថប្រយោជន៍​ថែ​ទាំ​សុខភាពមាត់​​ធ្មេញ​ ត្រឹម​កម្រិត​អតិបរមា​នៃ​អត្ថប្រយោជន៍​​​នេះតែ​ប៉ុណ្ណោះ។***

***ខ្ញុំ​យល់​ដឹង​ថា អត្ថប្រយោជន៍​​សម្រាប់​សេវា​មួយ​ចំនួន ​​​អាច​មាន​លក្ខខណ្ឌ​កម្រិត​ ហើយថា គម្រោង​អត្ថប្រយោជន៍​​ថែទាំ​សុខភាព​មាត់​​ធ្មេញ​សម្រាប់​កុមារ ​ផ្តល់​ការធានារ៉ាប់រងលើបណ្ដាសេវាដែលស្ថិតក្នុងដែនកំណត់ប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំ​យល់​ដឹង​ថា ខ្ញុំ​នឹង​ត្រូវបង់ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ថ្លៃសេវាទាំងឡាយណា ដែល​មិន​ស្ថិត​ក្រោម​ការ​ធានា​រ៉ាប់រង​របស់​គម្រោងអត្ថប្រយោជន៍​ថែទាំសុខភាព​មាត់ធ្មេញ​សម្រាប់​កុមារ។***

***បន្ថែម​ពី​លើ​ការ​ចំណាយ​ប្រាក់​***ផ្ទាល់ខ្លួន***ដែល​បាន​​ពិភាក្សា​ ខ្ញុំ​យល់ដឹង​ថា តម្លៃ​​សេវា​នានានឹង​កាត់បន្ថយ​​កម្រិត​អតិបរមានៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលមាន ហើយ​ថា ខ្ញុំ​នឹងត្រូវបង់ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់បង្គ្រប់ថ្លៃសេវាបន្ថែមនានា នៅពេលដែលអស់អត្ថប្រយោជន៍នោះ។***

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

លេខ Medicare របស់​អ្នក​ជំងឺ ហត្ថលេខា​អ្នក​ជំងឺ/អាណាព្យាបាល​ស្រប​ច្បាប់

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

ឈ្មោះ​ពេញ​របស់​អ្នក​ជំងឺ ឈ្មោះ​ពេញ​របស់​អ្នក​ចុះ​ហត្ថលេខា

 (ក្នុងករណីមិន​មែន​ជាអ្នក​ជំងឺ)

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

កាលបរិច្ឆេទ

ទម្រង់​នេះ​ត្រូវតែ​​បំពេញ​​ នៅ​​រាល់​ថ្ងៃ​​​នៃ​ការ​ផ្ដល់​​សេវា នៅ​​ក្រោម​គម្រោង​អត្ថប្រយោជន៍​ថែទាំ​សុខភាព​មាត់​ធ្មេញ​សម្រាប់​កុមារ។

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.