어린이 치과 진료비 보조

벌크빌링 대상이 아닌 환자의 진료 동의서

본인, 환자/법적보호자, 은 다음에 관한 설명을 들었음을 확인합니다:

* 어린이 치과 진료비 정부 보조*에 의한 진료에 관한 설명;*
* 본인 부담 비용을 포함한 본 진료에 따른 예상되는 진료비에 관한 설명; 그리고
* 진료와 관련된 청구 및 지불 방법에 관한 설명.

***본인은 어린이 치과 진료비 정부 보조에는 기본 치료에만 적용되며 특정 진료에 대해서는 적용이 제한될 수 있음을 이해합니다.***

***어린이 치과 진료비 보조는 기본 치과 치료에만 적용되며 특정 치과 진료에 대해서는 적용이 제한될 수 있음을 이해합니다. 어린이 치과 진료비 보조에 의해 지불되지 아니하는 진료비는 본인이 직접 지불해야 함을 이해합니다.***

***위에 언급된 본인 부담 진료비 외에도, 이번 진료를 받음으로 본인의 진료 혜택 한도 금액이 줄어들 것이며, 진료 혜택 한도가 초과 되는 경우 추가 금액에 대해서는 본인이 직접 지불해야 함을 이해합니다*.**

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

환자의 메디케어(Medicare) 번호 환자/법적 보호자 서명

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

환자의 성명 서명하는 사람의 서명  
(환자가 서명하지 않는 경우)

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

날짜

이 양식은 어린이 치과 진료비 정부 보조에 근거한 진료를 받는 당일에 매번 작성해야 합니다.

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.