



어린이 치과 진료비 보조  
벌크빌링 대상이 아닌 환자의 진료 동의서

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

- 어린이 치과 진료비 정부 보조에 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 매년 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.