



## बाल दन्त लाभ कार्यक्रम बल्क बिलिङ्ग नभएको बिरामी स्वीकृत फारम

म, बिरामी/कानूनी अविभावक, प्रमाणित गर्दछुकी मलाई निम्न कुराहरुको जानकारी गराईएको छः

- आजको दिनमा बाल दन्त लाभ कार्यक्रम अन्तर्गत उपचार गरि सकेको वा भविष्यमा गरिने उपचारको बारेमा;
- यस उपचारको लागि लाभको हिस्साले नपुगेको थप लगाएतका अनुमानित खर्चहरु; र
- यस सेवाको लागि बिलिङ्ग र भुक्तानीका किस्ताको व्यवस्था।

**मैले बुझेको छु कि म/बिरामी लाई दन्त लाभ लाभको हिस्साको सिमा सम्म मात्र पहुँच हुनेछ।**

**मैले कुनै कुनै सेवाहरुको लागि रोकतोक रहेभएको हुने र बाल दन्त लाभ कार्यक्रमले निश्चित सेवाहरु मात्र उपलब्ध गराउने कुरा बुझेको छु। मैले बाल दन्त लाभ कार्यक्रमले नतिरेका खर्चहरु आफूले तिर्नुपर्ने कुरा पनि बुझेको छु।**

**छलफल गरिएका लाभ हिस्साले नतिरेको खर्चहरुको अलवा, सेवाको खर्च उपलब्ध लाभको हिस्साले कम गर्नेछ र एकपटक लाभको हिस्सा सकिएपछीको लाग्ने थप खर्चहरु म आफूले व्यक्तिगत रुपमा तिर्नु पर्नेछ।**

बिरामीको मेडिकेयर नम्बर  
Patient's Medicare number

बिरामी/ कानूनी अविभावकको हस्ताक्षर  
Patient / legal guardian signature

बिरामीको पुरा नाम  
Patient's full name

हस्तक्षर गर्ने व्यक्तीको पुरा नाम (यदि बिरामी नभएमा))  
Full name of person signing (if not the patient)

मिति  
Date

बाल दन्त लाभ कार्यक्रम बमोजिम यो फारम सेवाको हरेक दिन भर्नु अनिवार्य छ।



## **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.