**برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان  
فرم رضایت بیمار بدون بالک بیلینگ**

من، بیمار / سرپرست قانونی، گواهی می کنم که من از موارد مطلع هستم:  
  
• درمان در این روز تحت برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان ارائه شده یا خواهد شد.  
  
• احتمال هزینه برای این درمان، از جمله پرداخت هر گونه هزینه از جیب خودم، و  
  
• ترتیبات صدور صورت حساب و پرداخت برای خدمات.

*من درک می کنم که من / بیمار به مزایای دندانپزشکی فقط تا سقف مزایا دسترسی خواهم داشت.  
  
من درک می کنم که مزایا برای برخی از این خدمات ممکن است محدودیت هایی داشته باشند و برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان دامنه محدودی از خدمات را پوشش می دهد. من درک می کنم که باید شخصا هزینه های هر گونه خدماتی را که برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان پوشش نمی دهد بپردازم.*

*علاوه بر هزینه های مورد بحث که باید از جیب خودم بپردازم، من درک می کنم که هزینه های خدمات سقف مزایا را کاهش خواهد داد و من باید شخصا هزینه های هر گونه خدمات اضافی را وقتی که مزایا به اتمام رسید بپردازم.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
شماره مدیکر بیمار امضای بیمار/ سرپرست قانونی  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
نام و نام خانوادگی بیمار نام و نام خانوادگی شخص امضا کننده

(اگر بیمار نباشد)  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
تاریخ

این فرم باید در هر روز از ارائه خدمات تحت برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان تکمیل شود.

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.