



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

من، بیمار / سرپرست قانونی، گواهی می‌کنم 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 می‌کنم که من / بیمار به مزایای دندانپزشکی فقط تا سقف مزایا دسترسی خواهم داشت.

من درک می‌کنم که مزایا برای برخی از این خدمات ممکن است محدودیت‌هایی داشته باشند و برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان دامنه محدودی از خدمات را پوشش می‌دهد. من درک می‌کنم که باید شخصا هزینه‌های هر گونه خدماتی را که برنامه مزایای دندانپزشکی کودکان پوشش نمی‌دهد بپردازم.

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

امضای بیمار / سرپرست قانونی

شماره مدیگر بیمار

نام و نام خانوادگی شخص امضا کننده

نام و نام خانوادگی بیمار

(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.