ਚਾਇਲਡ ਡੇਂਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ

ਗੈਰ-ਬਲਕ ਬਿਲਿੰਗ ਪੇਸ਼ੇਂਟ ਕੰਸੇਨਟ ਫਾਰਮ (ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ)

ਮੈਂ, ਰੋਗੀ / ਕਨੂੰਨੀ ਗਾਰਡੀਅਨ, ਇਹ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ:

* ਚਾਇਲਡ ਡੇਂਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਦੇ ਅਧੀਨ ਇਸ ਤਾਰੀਖ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕੀ ਹੈ*;*
* ਇਸ ਇਲਾਜ ਦਾ ਸੰਭਾਵਤ ਖਰਚਾ ਕਿੰਨਾ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਜੇਬ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਖਰਚਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ; ਅਤੇ
* ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਿਲਿੰਗ ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀ ਹਨ।

***ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ/ਰੋਗੀ ਕੋਲ ਕੇਵਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਕੈਪ ਦੀ ਸੀਮਾ ਤਕ ਹੀ ਡੇਂਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇਗੀ।***

***ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਤੇ ਪਾਬੰਦੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਚਾਇਲਡ ਡੇਂਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਵਿੱਚ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਹੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਇਲਡ ਡੇਂਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਖਰਚਾ ਮੈਨੂੰ ਆਪ ਚੁੱਕਣਾ ਪਵੇਗਾ।***

***ਚਰਚਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਆਪਣੀ ਜੇਬ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖਰਚੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਖਰਚਾ ਉਪਲਬਧ ਬੇਨੇਫਿਟ ਕੈਪ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਦੇ ਮੁੱਕ ਜਾਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਾਧੂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਖਰਚਾ ਮੈਨੂੰ ਆਪ ਚੁੱਕਣਾ ਪਵੇਗਾ*।**

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

ਰੋਗੀ ਦਾ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਨੰਬਰ ਰੋਗੀ / ਕਨੂੰਨੀ ਗਾਰਡੀਅਨ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

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

ਰੋਗੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ   
(ਜੇਕਰ ਰੋਗੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ)

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

ਤਾਰੀਖ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਚਾਇਲਡ ਡੇਂਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਅਧੀਨ ਸੇਵਾ ਮਿਲਣ ਦੇ ਹਰੇਕ ਦਿਨ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

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.