



PROGRAMA DE BENEFICIOS DE SALUD DENTAL PARA NIÑOS
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA NO
FACTURACIÓN DIRECTA A MEDICARE (NON-BULK BILLING)

Yo, el paciente / tutor legal, certifico que me han informado acerca:

- del tratamiento que se ha suministrado o que se suministrará el día de la fecha, según el Programa de beneficios de salud dental para niños;
- del costo probable de este tratamiento, incluido el costo a mi cargo; y
- de las disposiciones para la facturación y el pago de los servicios.

Entiendo que yo / el paciente solo tendré/á acceso a los beneficios dentales hasta el límite de los beneficios.

Entiendo que los beneficios para algunos servicios pueden tener restricciones y que el Programa de beneficios de salud dental para niños cubre una gama limitada de servicios. Entiendo que deberé hacerme cargo del costo de los servicios no cubiertos por el Programa de beneficios de salud dental para niños.

Además de los costos convenidos a mi cargo, entiendo que el costo de los servicios reducirá el límite disponible de beneficios y que tendré que hacerme cargo del costo de servicios adicionales, una vez que se hayan agotado los beneficios.

Número de Medicare del paciente

Firma del paciente / tutor legal

Nombre completo del paciente

Nombre completo de la persona que firma
(si no es el paciente)

Fecha

Este formulario debe completarse cada día que se presten servicios por medio del Programa de beneficios de salud dental para niños.



**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.