ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก

แบบฟอร์มคำยินยอมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการทั้งหมดจากรัฐบาล

ข้าพเจ้า, ชื่อผู้ป่วย / ผู้ปกครองตามกฎหมาย, รับรองว่า ข้าพเจ้าได้รับแจ้งให้ทราบแล้วเกี่ยวกับ:

* การรักษาพยาบาลที่ได้รับและจะได้รับในวันนี้ ภายใต้ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก

* ประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ซึ่งรวมถึงค่าบริการที่ข้าพเจ้าต้องจ่ายด้วยตนเอง และ
* ข้อตกลงในการส่งใบเรียกเก็บเงินและการจ่ายเงินสำหรับบริการต่างๆ

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้า /ผู้ป่วยจะเข้าถึงสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมได้ถึงสิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุดเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า สิทธิประโยชน์สำหรับบริการบางอย่าง อาจมีข้อจำกัด และเข้าใจว่า ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันต กรรมสำหรับเด็ก ครอบคลุมขอบเขตจำกัดสำหรับบริการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะต้องเป็นผู้จ่ายค่าบริการต่างๆ ที่ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก ไม่ครอบคลุม ด้วยตนเอง

นอกเหนือจาก ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าต้องเป็นผู้จ่ายด้วยตนเอง ที่ได้ปรึกษาหารือกันแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ค่าบริการต่างๆ จะลดสิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุดที่มีให้ และเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะต้องเป็นผู้จ่ายค่าบริการเพิ่มเติม เมื่อสิทธิประโยชน์ถูกใช้หมดแล้ว ด้วยตนเอง

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

หมายเลขเมดิแคร์ของผู้ป่วย ลายเซ็นของผู้ป่วย /ผู้ปกครองตามกฎหมาย

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

ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย ชื่อและนามสกุลของผู้เซ็นชื่อ   
(ถ้าไม่ใช่ผู้ป่วย)

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

วันที่

แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกทุกวัน ที่มีการให้บริการภายใต้ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก

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.