ÇOCUK DİŞ YARDIMI PROGRAMI

TOPLU FATURALAMA (BULK BILLING) YAPMAYAN HASTA ONAY FORMU

Ben, hasta/yasal veli olarak;

* Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında bu tarihten itibaren tedavinin sağlandığını veya sağlanacağını*,*
* cepten yapılacak her türlü harcama dahil olmak üzere bu tedavinin muhtemel maliyeti konusunda ve
* faturalama ve ödemeye ilişkin düzenlemeler konusunda bilgilendirildiğimi onaylıyorum.

***Ben/hasta, diş tedavisi yardımlarının yalnızca yardımın üst limitine kadar olan kısmına erişebileceğimi anlıyoruz.***

***Bazı hizmetlere ilişkin yardımlarda kısıtlamalar olabileceğini ve Çocuk Diş Yardımı Programı'nın sınırlı hizmetleri karşılayacağını anlıyorum. Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında karşılanmayan hizmetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.***

***Görüşüldüğü şekilde, cepten yapılan harcamalara ek olarak, hizmetlerin maliyetinin, mevcut yardımın üst limitini düşüreceğini ve yardımın tükenmesinden sonra oluşabilecek ek servislere ilişkin maliyetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.***

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

Hasta Medicare numarası Hasta/yasal veli imzası

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

Hastanın adı soyadı İmzalayanın adı soyadı   
(hasta değilse)

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

Tarih

Bu form, Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında hizmetin sağlandığı her gün doldurulmalıdır.

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.