



ÇOCUK DIŞ 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.