



**PIANO DI SUSSIDI PER L'ASSISTENZA DENTARIA DEI BAMBINI
DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER I PAZIENTI IN "BULK BILLING"**

Il/La sottoscritto/a, paziente / tutore legale, certifico di essere stato/a informato/a:

- del trattamento che è stato o sarà fornito a partire dalla data odierna, come previsto dal Piano di sussidi per l'assistenza dentaria dei bambini;
- del costo presunto di tale trattamento; e
- che i servizi previsti dal Piano di sussidi per l'assistenza dentaria dei bambini saranno a carico di Medicare e non dovrò corrispondere il pagamento di costi aggiuntivi per tali servizi, ammesso che i fondi residui nel sussidio siano sufficienti.

Prendo atto del fatto che io / il pazienteavrò/à accesso ai sussidi per l'assistenza dentaria entro il massimale previsto.

Prendo atto del fatto che i sussidi relativi a determinati servizi potrebbero essere soggetti a restrizioni e che il Piano di sussidi per l'assistenza dentaria dei bambini comprende uno spettro limitato di servizi. Prendo atto che dovrò personalmente corrispondere il pagamento per qualsiasi servizio non sia coperto dal Piano di sussidi per l'assistenza dentaria dei bambini.

Prendo atto del fatto che il costo dei servizi andrà a ridurre la disponibilità di fondi e che dovrò personalmente corrispondere il pagamento per qualsiasi servizio aggiuntivo, una volta esauriti i sussidi.

Numero Medicare del paziente

Firma del paziente / tutore legale

Nome completo del paziente

Nome completo del firmatario
(se non coincide con il paziente)

Data

Il presente modulo è valido fino al 31 dicembre dell'anno in cui è stata apposta la firma.



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
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 from this date under the Child Dental Benefits Schedule;
- of the likely cost of this treatment; and
- that I will be bulk billed for services under the Child Dental Benefits Schedule and I will not pay out-of-pocket costs for these services, subject to sufficient funds being available under the benefit cap.

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 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.

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 is valid up to 31 December of the calendar year for which it is signed.