



**PIANO DI SUSSIDI PER L'ASSISTENZA DENTARIA DEI BAMBINI
DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER I PAZIENTI NON "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, comprensivo di ogni eventuale costo aggiuntivo; e
- delle opzioni di pagamento e fatturazione previste per tali servizi.

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 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.

In aggiunta ai costi aggiuntivi precedentemente discussi, 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 deve essere compilato ogni giorno in cui siano forniti servizi entro il Piano di sussidi per l'assistenza dentaria dei bambini.



**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.