



**ISKEDYUL NG PANGDENTAL NA BENEPISYO PARA SA BATA  
FORM NG PAHINTULOT NG PASYENTE NA WALANG BULK BILLING  
(MAY BABAYARAN)**

Ako, ang pasyente/ legal na tagapag-alaga, ay nagpapatunay na ako ay napagbigay-alaman:

- sa paggamot na ibinigay o ibibigay sa araw na ito sa ilalim ng Iskedyul ng Pangdental na Benepisyo para sa Bata;
- sa malamang na gastos ng paggamot na ito, kasama na ang mga pansariling gastos; at
- ang mga kaayusan sa bayarin at pagbabayad sa mga serbisyo.

*Naiintindihan ko na ako/ ang pasyente ay makagagamit lamang sa pangdental na benepisyo na hanggang sa benefit cap (hangganang halaga ng benepisyo).*

*Naiintindihan ko na ang mga benepisyo para sa ilang serbisyo ay maaaring magkaroon ng paghihigpit at ang Iskedyul ng Pangdental na Benepisyo para sa Bata ay limitado ang sakop na hanay ng mga serbisyo. Naiintindihan ko na kailangan kong personal na tugunan ang gastos sa anumang mga serbisyo na hindi sakop ng Iskedyul ng Pangdental na Benepisyo para sa Bata.*

*Bilang karagdagan sa mga pansariling gastos na napag-usapan, naiintindihan ko na ang gastos sa mga serbisyo ay maibabawas sa maaaring magamit na benefit cap at kailangan kong personal na tugunan ang mga gastos sa anumang karagdagang serbisyo sa sandaling ang benepisyo ay ubos na.*

\_\_\_\_\_  
Numero sa Medicare ng Pasyente

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Pasyente / legal na tagapag-alaga

\_\_\_\_\_  
Buong Pangalan ng Pasyente

\_\_\_\_\_  
Buong pangalan ng taong lumagda  
(kung hindi ang pasyente)

\_\_\_\_\_  
Petsa

Ang form na ito ay kinakailangang kumpletuhin sa bawat araw ng pagbibigay-serbisyo sa ilalim ng Iskedyul ng Pangdental na Benepisyo para sa Bata.



**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.