



គម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញសម្រាប់កុមារ
ទម្រង់ផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺចំពោះការចេញវិក្កយបត្រមិនមែនដុល

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ (អ្នកជំងឺ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់) សូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានអំពី៖

- ការព្យាបាលដែលបាន ឬនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូន ចាប់ពីថ្ងៃនេះតទៅ នៅក្រោមគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញសម្រាប់កុមារ (Child Dental Benefits Schedule)
- តម្លៃប្រហែលនៃការព្យាបាលនេះ រួមទាំងការចំណាយប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួននានា និង
- ការរៀបចំសម្រាប់ការចេញវិក្កយបត្រ និងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវានានា ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ នឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ត្រឹមកម្រិតអតិបរមានៃអត្ថប្រយោជន៍នេះតែប៉ុណ្ណោះ ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាមួយចំនួន អាចមានលក្ខខណ្ឌកម្រិត ហើយថា គម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញសម្រាប់កុមារ ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើបណ្តាសេវាដែលស្ថិតក្នុងដែនកំណត់ប៉ុណ្ណោះ ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ថ្លៃសេវាទាំងឡាយណា ដែលមិនស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញសម្រាប់កុមារ ។

បន្ថែមពីលើការចំណាយប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនដែលបានពិភាក្សា ខ្ញុំយល់ដឹងថា តម្លៃសេវានានានឹងកាត់បន្ថយកម្រិតអតិបរមានៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលមាន ហើយថា ខ្ញុំនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់បង្រួបថ្លៃសេវាបន្ថែមនានានៅពេលដែលអស់អត្ថប្រយោជន៍នោះ ។

លេខ Medicare របស់អ្នកជំងឺ

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកជំងឺ

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខា
(ក្នុងករណីមិនមែនជាអ្នកជំងឺ)

កាលបរិច្ឆេទ

ទម្រង់នេះត្រូវតែបំពេញ នៅរាល់ថ្ងៃនៃការផ្តល់សេវា នៅក្រោមគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញសម្រាប់កុមារ ។



**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.