



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

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

- sa paggamot na ibinigay o ibibigay magmula sa petsang ito sa ilalim ng Iskedyul ng Pangdental na Benepisyo para sa Bata;
- sa mga malamang na gastos ng paggamot na ito; at
- na ako ay walang babayaran para sa mga serbisyong nasasailalim ng Iskedyul ng Pangdental na Benepisyo para sa Bata at ako ay hindi magbabayad ng mga pansariling gastos para sa mga serbisyong ito, depende sa pagiging sapat ng pondo sa ilalim ng benefit cap (hangganang halaga ng benepisyo).

Naiintindihan ko na ako/ ang pasyente ay makagagamit lamang sa pangdental na benepisyo hanggang sa benefit cap.

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 .

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 may-bisa hanggang 31 Disyembre ng taon kung kailan ito ay nilagdaan.



**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.