



CHƯƠNG TRÌNH NHA KHOA CHO TRẺ EM MẪU ĐƠN BỆNH NHÂN ĐỒNG Ý VIỆC TRẢ TỪ CHÍNH PHỦ

Tôi, bệnh nhân / người giám hộ hợp pháp, chứng nhận rằng tôi đã được thông báo:

- về sự điều trị đã hoặc sẽ được cung cấp kể từ ngày này theo Chương Trình Nha Khoa Cho Trẻ Em ;
- về chi phí có thể được tính của sự điều trị này; và
- rằng tôi sẽ được chính phủ trả tiền (bulk billed) cho các dịch vụ theo Chương Trình Nha Khoa Cho Trẻ Em và tôi sẽ không phải sử dụng tiền túi của mình trả cho các dịch vụ này, tùy theo việc có đủ số tiền sẵn có trong khoản tiền được hưởng.

Tôi hiểu rằng tôi / bệnh nhân chỉ được sử dụng các phúc lợi nha khoa đến đúng khoản tiền được hưởng mà thôi.

Tôi hiểu rằng phúc lợi được hưởng cho một số dịch vụ nha khoa có thể bị giới hạn và Chương Trình Nha Khoa Cho Trẻ Em chỉ trả cho một số giới hạn của các dịch vụ. Tôi hiểu rằng tôi phải tự trả chi phí cho bất kỳ dịch vụ nào mà Chương Trình Nha Khoa Cho Trẻ Em không trả cho.

Tôi hiểu rằng chi phí của các dịch vụ nha khoa sẽ trừ vào khoản tiền được hưởng hiện có và tôi sẽ phải tự trả chi phí cho bất kỳ dịch vụ nha khoa bổ sung nào một khi khoản tiền được hưởng đã cạn.

Số Medicare của Bệnh Nhân

Chữ ký của bệnh nhân /
người giám hộ hợp pháp

Họ tên đầy đủ của bệnh nhân

Họ tên đầy đủ của người ký tên
(nếu không phải là bệnh nhân)

Ngày

Mẫu đơn này có giá trị đến ngày 31 tháng Mười Hai của năm lịch mà nó đã được ký.



**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.