



جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال  
(CHILD DENTAL BENEFIT SCHEDULE)  
استمارة موافقة المريض على ترتيبات الفوترة غير الخاضعة لنظام Bulk Billing

أنا، المريض / الوصي القانوني، أقر بأنه قد تمّ إعلامي:

- بأنّ العلاج الذي تمّ تقديمه أو سيتم تقديمه في هذا اليوم هو في إطار جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال (Child Dental Benefits Schedule)؛
- بالتكلفة المحتملة لهذا العلاج، بما في ذلك التكاليف التي سأتحملها شخصياً؛ بالإضافة إلى
- ترتيبات الفوترة والدفع الخاصة بالخدمات.

أدرك بوصفي / المريض أنني سأتمكن من الاستفادة من الاستحقاقات الخاصة بصحة الأسنان بحدود الحد الأقصى للمعونات *benefit cap* فقط.

أدرك أنه قد تفرض بعض القيود على الاستحقاقات الخاصة ببعض الخدمات وبأنّ جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال (*Child Dental Benefits Schedule*) يغطي مجموعة محدودة من الخدمات. أدرك أنني سأحتاج أن أقوم شخصياً بتغطية تكاليف أي خدمات لا يغطيها جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال (*Child Dental Benefits Schedule*).

بالإضافة إلى التكاليف التي أتحمّلها شخصياً والتي تمّ التباحث حولها، أدرك أن تكلفة الخدمات ستقلل من مبلغ الحد الأقصى المتاح للمعونات *benefit cap* وبأنني سأحتاج إلى تغطية التكاليف الناجمة عن أي خدمات إضافية بعد استفاد الاستحقاقات بصورة شخصية.

توقيع المريض / الوصي القانوني

رقم بطاقة الميديكير الخاصة بالمريض

الاسم الكامل للشخص الذي يقوم بالتوقيع  
(في حال لم يكن المريض)

اسم المريض الكامل

التاريخ

يجب أن تتم تعبئة هذه الاستمارة عن كل يوم تقدّم فيه الخدمات في إطار جدول الاستحقاقات الخاصة بصحة أسنان الأطفال (*Child Dental Benefits Schedule*).



**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.