



चाइल्ड डेंटल बैनिफिट्स शैड्यूल (बाल दंत लाभ अनुसूची)
नॉन-बल्क बिलिंग रोगी सहमति फॉर्म

मैं, रोगी / कानूनी अभिभावक, यह प्रमाणित करता/ती हूँ कि मुझे निम्नलिखित के बारे में सूचित कर दिया गया है:

- चाइल्ड डेंटल हेल्थ बैनिफिट्स शैड्यूल के अन्तर्गत इस तिथि से प्रदान किये गए अथवा प्रदान किये जाने वाले इलाज के बारे में;
- इस इलाज में मेरी जेब से होने वाले खर्च सहित इलाज की संभावित क्रीमत के बारे में; तथा
- सेवाओं के लिए बिल और भुगतान व्यवस्था के बारे में।

मैं यह समझता/ती हूँ कि मुझे/रोगी को लाभ सीमा के भीतर मिलने वाले दंत लाभ ही मिलेंगे।

मैं यह समझता/ती हूँ कि कुछ सेवाओं में मिलने वाले लाभ पाबंदित हो सकते हैं और चाइल्ड डेंटल हेल्थ बैनिफिट्स शैड्यूल में सीमित प्रकार की सेवायें ही कवर (शामिल) होती हैं। मैं यह समझता/ती हूँ कि मुझे उन सेवाओं की क्रीमत व्यक्तिगत रूप से भरनी होगी जो चाइल्ड डेंटल हेल्थ बैनिफिट्स शैड्यूल में कवर (शामिल) नहीं होतीं।

मैं यह समझता/ती हूँ कि बातचीत के अनुसार मेरी जेब से जो खर्च लगेगा उसके अलावा, सेवाओं की क्रीमत के कारण उपलब्ध लाभ सीमा कम हो जायेगी और लाभ सीमा की धनराशि खत्म हो जाने के बाद, किसी भी प्रकार की अतिरिक्त सेवाओं की क्रीमत मुझे व्यक्तिगत रूप से चुकानी होगी।

रोगी का मैडिकेयर नंबर

रोगी / कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर

रोगी का पूरा नाम

हस्ताक्षरकर्ता का पूरा नाम
(यदि रोगी खुद हस्ताक्षरकर्ता न हो तो)

तिथि

इस फॉर्म को चाइल्ड डेंटल हेल्थ बैनिफिट्स शैड्यूल के अन्तर्गत किये गए प्रबन्ध के अनुसार सेवा के प्रत्येक दिन पर अवश्य भरा जाना चाहिए।



**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.