



ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ
ਗੈਰ-ਬਲਕ ਬਿਲਿੰਗ ਪੇਸ਼ੋਟ ਕੰਸੇਨਟ ਫਾਰਮ (ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ)

ਮੈਂ, ਰੋਗੀ / ਕਨੂੰਨੀ ਗਾਰਡੀਅਨ, ਇਹ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ:

- ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਦੇ ਅਧੀਨ ਇਸ ਤਾਰੀਖ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕੀ ਹੈ;
- ਇਸ ਇਲਾਜ ਦਾ ਸੰਭਾਵਤ ਖਰਚਾ ਕਿੰਨਾ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਜੇਬ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਖਰਚਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ; ਅਤੇ
- ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਿਲਿੰਗ ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀ ਹਨ।

ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ/ਰੋਗੀ ਕੋਲ ਕੇਵਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਕੈਪ ਦੀ ਸੀਮਾ ਤਕ ਹੀ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇਗੀ।

ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਤੇ ਪਾਬੰਦੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਵਿੱਚ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਹੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਖਰਚਾ ਮੈਨੂੰ ਆਪ ਚੁੱਕਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਖਰਚਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਆਪਣੀ ਜੇਬ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖਰਚੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਖਰਚਾ ਉਪਲਬਧ ਬੇਨੇਫਿਟ ਕੈਪ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਦੇ ਮੁੱਕ ਜਾਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਾਧੂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਖਰਚਾ ਮੈਨੂੰ ਆਪ ਚੁੱਕਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਰੋਗੀ ਦਾ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਨੰਬਰ

ਰੋਗੀ / ਕਨੂੰਨੀ ਗਾਰਡੀਅਨ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਰੋਗੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ

ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ
(ਜੇਕਰ ਰੋਗੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ)

ਤਾਰੀਖ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਅਧੀਨ ਸੇਵਾ ਮਿਲਣ ਦੇ ਹਰੇਕ ਦਿਨ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।



**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.