



ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก

แบบฟอร์มคำยินยอมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการทั้งหมดจากรัฐบาล

ข้าพเจ้า, ชื่อผู้ป่วย / ผู้ปกครองตามกฎหมาย, รับรองว่า ข้าพเจ้าได้รับแจ้งให้ทราบแล้วเกี่ยวกับ:

- การรักษาพยาบาลที่ได้รับและจะได้รับในวันนี้ ภายใต้ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก
- ประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ซึ่งรวมถึงค่าบริการที่ข้าพเจ้าต้องจ่ายด้วยตนเอง และ
- ข้อตกลงในการส่งใบเรียกเก็บเงินและการจ่ายเงินสำหรับบริการต่างๆ

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้า / ผู้ป่วยจะเข้าถึงสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมได้ถึงสิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุดเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า สิทธิประโยชน์สำหรับบริการบางอย่าง อาจมีข้อจำกัด และเข้าใจว่า ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก ครอบคลุมขอบเขตจำกัดสำหรับบริการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะต้องเป็นผู้จ่ายค่าบริการต่างๆ ที่ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก ไม่ครอบคลุม ด้วยตนเอง

นอกเหนือจาก ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าต้องเป็นผู้จ่ายด้วยตนเอง ที่ได้ปรึกษาหารือกันแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ค่าบริการต่างๆ จะลดสิทธิประโยชน์ขั้นสูงสุดที่มีให้ และเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะต้องเป็นผู้จ่ายค่าบริการเพิ่มเติมเมื่อสิทธิประโยชน์ถูกใช้หมดแล้ว ด้วยตนเอง

หมายเลขเมดิแคร์ของผู้ป่วย

ลายเซ็นของผู้ป่วย / ผู้ปกครองตามกฎหมาย

ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย

ชื่อและนามสกุลของผู้เซ็นชื่อ

(ถ้าไม่ใช่ผู้ป่วย)

วันที่

แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกทุกวัน ที่มีการให้บริการภายใต้ตารางสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับเด็ก



**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.