



ÇOCUK DIŞ YARDIMI PROGRAMI  
TOPLU FATURALAMA (BULK BILLING) YAPMAYAN HASTA ONAY  
FORMU

Ben, hasta/yasal veli olarak;

- Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında bu tarihten itibaren tedavinin sağlandığını veya sağlanacağını,
- cepten yapılacak her türlü harcama dahil olmak üzere bu tedavinin muhtemel maliyeti konusunda ve
- faturalama ve ödemeye ilişkin düzenlemeler konusunda bilgilendirildiğimi onaylıyorum.

***Ben/hasta, diş tedavisi yardımlarının yalnızca yardımın üst limitine kadar olan kısmına erişebileceğimi anlıyoruz.***

***Bazı hizmetlere ilişkin yardımlarda kısıtlamalar olabileceğini ve Çocuk Diş Yardımı Programı'nın sınırlı hizmetleri karşılayacağını anlıyorum. Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında karşılanmayan hizmetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.***

***Görüşüldüğü şekilde, cepten yapılan harcamalara ek olarak, hizmetlerin maliyetinin, mevcut yardımın üst limitini düşüreceğini ve yardımın tükenmesinden sonra oluşabilecek ek servislere ilişkin maliyetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.***

\_\_\_\_\_  
Hasta Medicare numarası

\_\_\_\_\_  
Hasta/yasal veli imzası

\_\_\_\_\_  
Hastanın adı soyadı

\_\_\_\_\_  
İmzalayanın adı soyadı  
(hasta değilse)

\_\_\_\_\_  
Tarih

Bu form, Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında hizmetin sağlandığı her gün doldurulmalıdır.



**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.