



CHƯƠNG TRÌNH NHA KHOA CHO TRẺ EM
MẪU ĐƠN BỆNH NHÂN ĐỒNG Ý KHÔNG CÓ SỰ CHI TRẢ TỪ
CHÍNH PHỦ

Tôi, bệnh nhân / người giám hộ hợp pháp, chứng nhận rằng tôi đã được thông báo về:

- sự điều trị đã hoặc sẽ được cung cấp kể từ ngày này theo Chương Trình Nha Khoa Cho Trẻ Em;
- chi phí có thể được tính của sự điều trị này, kể cả bất kỳ chi phí phải trả từ tiền túi; và
- các thu xếp về hóa đơn và trả chi phí cho dịch vụ.

Tôi hiểu rằng phúc lợi cho một số dịch vụ nha khoa có thể bị giới hạn và Chương Trình Nha Khoa Cho Trẻ Em chỉ trả cho một số giới hạn của các dịch vụ.

Tôi hiểu rằng phúc lợi được hưởng cho một số dịch vụ nha khoa có thể bị giới hạn và Chương Trình Nha Khoa Cho Trẻ Em chỉ trả cho một số giới hạn của các dịch vụ. Tôi hiểu rằng tôi phải tự trả chi phí cho bất kỳ dịch vụ nào mà Chương Trình Nha Khoa Cho Trẻ Em không trả cho.

Ngoài việc chi phí phải trả từ tiền túi đã được bàn thảo, tôi hiểu rằng chi phí của các dịch vụ sẽ trừ vào khoản tiền được hưởng hiện có và tôi sẽ phải tự trả chi phí cho bất kỳ dịch vụ nha khoa bổ sung nào một khi khoản tiền được hưởng đã cạn.

Số Medicare của Bệnh Nhân

Chữ ký của bệnh nhân /
người giám hộ hợp pháp

Họ tên đầy đủ của bệnh nhân

Họ tên đầy đủ của người ký tên
(nếu không phải là bệnh nhân)

Ngày

Mẫu đơn này phải được hoàn tất vào mỗi ngày cung cấp dịch vụ dưới Chương Trình Nha Khoa Cho Trẻ Em.



**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.