



LIBERTY 牙科計劃 替代治療的知情同意書

病人姓名	會員編號
要保人 (如非病人)	計劃號碼

替代服務之說明及建議原因：

牙齒/ 地區	承保服務					替代治療*					病人負擔 金額 所選手術	病人同意 (請簽名)
	牙科 手術 代碼	手術說明	共付額	接受	拒絕	牙科 手術 代碼	手術說明	替代治療 費用*	接受	拒絕		

*「替代治療」是指對同一顆牙齒或病況的「承保服務」，被提議或建議以替代治療或升等治療取代之。承保服務是被您的計劃列為承保的項目，而替代治療不被您的計劃承保（意思是如果您選擇替代治療，您將要支付一筆特定的「替代治療費用」）。您可以從這兩種服務中選擇一項，並需支付「所選手術之病人負擔金額」一欄中指定的費用。替代治療的費用計算方法=替代治療的一般收費扣除（-）承保服務之一般收費，加上（+）承保服務之共付額。

所選手術之病人負擔總額：\$ _____

我已經向病人解釋過：他/她的治療選項，每個選項的風險及優點（及其替代療法），還有雖然我提議採用替代治療，他/她福利計劃的承保服務同樣也達到相關的牙科醫護標準。

已經 未曾

牙醫簽名 _____ 牙醫姓名 _____ 日期 _____

在下方簽名代表我認知如下聲明：（1）上述牙醫向我解釋過上文提議的替代或升等治療（「替代治療」），以及該治療的額外費用（「替代治療費用」）；（2）我瞭解我有權選擇承保服務或上述的替代治療，我也瞭解每項所附帶的風險、優點及費用；（3）如果我選擇上述之任一替代治療，代表我同意並明瞭該項治療之：完全負責替代治療的費用、該項治療不被 LIBERTY 牙科計劃承保、被我拒絕的承保服務達到相關的牙科醫護標準；（4）我瞭解可能會有多种付款選項，但我沒有義務要從中選擇任何一種付款選項或一種也不用；及（5）如果我對治療計劃、共付額或額外費用有任何問題或疑慮，我會在下方簽名之前，撥打 800-268-9012 或 888-700-0643（內華達州），與 LIBERTY 牙科計劃聯絡。

病人簽名（父母親或監護人） _____ 病人姓名 _____ 日期 _____