|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Règlements du patient -  accord |  |  |

Merci de nous avoir donné l'occasion de vous aider à atteindre vos objectifs de santé. Au cours de la discussion sur votre recommandation de traitement et sur notre politique financière écrite, les dispositions financières suivantes ont été prises :

Le coût du traitement avec Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ est de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$. Nous estimons que votre assurance remboursera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ et que le patient sera responsable des frais de traitement pour un montant de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$. Il se peut qu'une fois le traitement commencé, il faille modifier le plan de traitement prévu, selon les conditions existantes rencontrées. Nous vous informerons si cela se produit et vous aurez la possibilité de continuer ou de modifier le traitement.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Initiales du patient) J'ai discuté des options de paiement et convenu d'un plan de paiement avec la compagnie d'assurance et avec le prestataire soussigné. Si mon assurance ne rembourse pas le montant total indiqué dans le plan de traitement, je comprends que je suis responsable du paiement des services rendus et que je suis également responsable du paiement de toute quote-part et de toute franchise que mon assurance ne couvre pas.

Comme vous le savez, la politique de ce cabinet est de recevoir le paiement avant la fin du traitement. Si vous choisissez de ne plus recevoir de soins avant la fin du traitement, votre remboursement sera déterminé au moment de la révision de votre dossier. Vous avez accepté de payer la partie des frais de traitement qui vous revient en tant que patient de la façon suivante :

* Paiement complet pour un montant de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ ; Payé avec : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$
* Acompte obligatoire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ ; Acompte payé avec : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$
* Frais de traitement restant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ ; À payer avant le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_avec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_ paiements égaux de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$

Si vous avez des questions concernant votre plan de traitement ou le choix des options de paiement, n'hésitez pas à nous les poser. Nous sommes à votre disposition pour vous aider à obtenir les soins de santé souhaités ou indispensables.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature du patient, du parent ou du tuteur |  | Date |
|  | | |
| Nom du patient (en lettre d’imprimerie) | | |