|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Договор об оплате услуг  пациентом |  |  |

Спасибо за предоставленную возможность помочь вам в достижении целей для вашего здоровья. В ходе обсуждения рекомендаций по вашему лечению и нашей служебной финансовой политики были подготовлены следующие финансовые соглашения:

Стоимость лечения доктором\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_₽. Предполагается, что ваша страховка покроет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_₽, а доля пациента за лечение составит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_₽. После начала лечения могут потребоваться изменения в предполагаемое лечение в зависимости от выявленных условий. В этом случае мы оповестим вас, и вам будет предоставлена возможность продолжить или изменить лечение.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Инициалы пациента) Я обсудил варианты оплаты и согласен с планом оплаты с участием страховой компании и нижеподписавшимся поставщиком услуг. Если моя страховка не возместит полную сумму, указанную в плане лечения, я понимаю свою ответственность за оплату оказанных услуг и обязуюсь выплатить любые сопутствующие платежи и расходы, не покрываемые моей страховкой.

Как вы знаете, получать оплату до завершения лечения — это политика учреждения. Если вы решите прекратить лечение до его завершения, возвращаемая вам сумма будет определена после рассмотрения вашего дела. Вы согласились оплатить свою часть стоимости лечения в качестве пациента следующим образом:

* Оплата полной стоимости в размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_₽; оплата с использованием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Обязательный задаток: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_₽; задаток оплачен с использованием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Оставшаяся плата за лечение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_₽; плательщик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с использованием\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_ равных платежей размером\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_₽

Если у вас возникли вопросы о плане лечения или выборе варианта оплаты, не стесняйтесь их задавать. Наша цель состоит в обеспечении для вас нужного лечения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Подпись пациента, родителя или опекуна |  | Дата |
|  | | |
| Имя пациента (печатными буквами) | | |