|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Accordo di pagamento  del paziente |  |  |

La ringraziamo per averci concesso l'opportunità di aiutarLa a raggiungere i Suoi obiettivi sanitari. Durante la discussione riguardante la raccomandazione terapeutica e le nostre politiche finanziarie scritte, sono state prese le seguenti disposizioni finanziarie:

Il costo del trattamento con il dottor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $. Si stima che la copertura assicurativa copra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ e che la responsabilità del paziente per il trattamento sia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $. Una volta iniziato il trattamento, potrebbero essere necessari cambiamenti nel piano di trattamento previsto, a seconda delle condizioni esistenti riscontrate. Provvederemo a informarLa nel caso in cui ciò si verifiche e Le verrà data la possibilità di continuare il trattamento o di apporvi modifiche.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (iniziali paziente) ha discusso le opzioni di pagamento e concordato un piano di pagamento con la compagnia assicurativa e con il fornitore sottoscritto. Nel caso in cui l'assicurazione non rimborsi l'intero importo annotato sul Piano di trattamento, il sottoscritto comprende che è responsabile per il pagamento dei servizi resi, nonché responsabile per il pagamento di eventuali co-payment e franchigie non coperti dall'assicurazione.

La ricezione del pagamento prima del completamento del trattamento è parte delle politiche di tale trattamento. In caso di interruzione del trattamento prima del completamento dello stesso, il rimborso sarà determinato al momento della revisione del caso. Il paziente ha accettato di pagare la sua parte della quota di trattamento nel modo seguente:

* Pagamento integrale dell'importo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $; pagato tramite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Deposito richiesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $; deposito pagato tramite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Costo restante del trattamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $; pagamento da effettuare entro il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tramite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_ parità retributiva di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $

In caso di domande sul piano di trattamento o sulle opzioni di pagamento disponibili, rivolgersi al richiedente. Il nostro compito è quello di fornire l'assistenza sanitaria che il paziente desidera o necessita.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma paziente, genitore o tutore |  | Data |
|  | | |
| Nome paziente (in stampatello) | | |