Patient(e) : _____ N. Dossier : _____

Bienvenue au *Carrefour dentaire 440.* Il nous fait bien plaisir de vous accueillir parmi nous. Nous vous demandons de lire attentivement les informations ci-dessous, concernant le suivi de vos rendez-vous. Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

- Nous vous demandons de respecter vos horaires de rendez-vous.
- Lorsque nous vous donnons rendez-vous, nous réservons une plage dans notre horaire. Il est alors de votre devoir de noter celui-ci dans votre emploi du temps.
- Si on ne réussit pas de confirmer votre rendez-vous, on se réserve le droit de l'annuler.
- Pour tout rendez-vous manqué ou annulation avec moins de **2 jours ouvrables d'avis,** nous nous réservons le droit de vous facturer des frais de 15 $ par période de 15 minutes de temps.
- Les paiements doivent être faits à chaque visite, soit par : Visa, MasterCard, paiement direct (Débit) ou argent comptant.
- Un reçu vous seras émis à chacun de vos paiements.
- Après **3 absences sans préavis**, nous nous réservons le droit de fermer votre dossier.
- Dans le cas ou votre assurance ne permet pas la transmission électronique, nous vous remettrons un formulaire papier afin que vous puissiez demander le remboursement.
- Il est possible que nous contactions votre médecin et/ou votre dentiste traitant pour des informations supplémentaires si nécessaire.

CONSENTEMENT

Par la présente, je m'engage à respecter mes horaires de rendez-vous attribués.

Je déclare avoir pris connaissance de ce document et je suis consentent(e) avec ces informations.

_____ _____

Signature Date