CONTRAT DE SOINS

Politique de notre cabinet dentaire concernant les rendez-vous

Lors de traitements étalés sur de longues périodes nous pouvons être amenés à modifier certains rendez-vous programmés à cause d'impondérables, vous en serez averti à l'avance.

De trop fréquents reports ou annulations de rendez-vous de votre part nuisent à votre traitement et à l'organisation de notre cabinet, ne peuvent être tolérés et peuvent entrainer l'arrêt de notre relation de soins.

Tous rendez-vous, notamment les rendez-vous longs nécessitant une importante préparation/organisation du cabinet dentaire, manqués, annulés ou reportés de manière injustifiée **moins de 48 heures à l'avance entraineront de fait la rupture de notre relation thérapeutique.**

Hygiène bucco-dentaire

En cas de traitement chirurgical, implantaire ou parodontal, lors de restaurations prothétiques, de soins ou de traitement d'orthodontie votre hygiène bucco-dentaire est déterminante dans la réussite puis la pérennité du résultat.

Une hygiène insuffisante ou inefficace risque de compromettre ce résultat et d'entrainer à terme un échec.
Veuillez vous conformer scrupuleusement aux recommandations et aux visites de contrôle que nous vous recommandons.

Dans le cas contraire votre responsabilité exclusive serait engagée.

docuDent.fr

D'autres facteurs tels **le tabagisme** peuvent entrainer mauvaise cicatrisation voire échec thérapeutique, notamment lors de chirurgie, implantologie ou traitement parodontal.
Nous nous réservons le droit de ne pas entreprendre certains traitements **en cas de non respect de nos préconisations.**

Les honoraires

La politique tarifaire de notre cabinet et les échéances des règlements sont mentionnés sur le devis que vous avez lu, accepté et signé avant le début de votre traitement

Chaque traitement entrepris entrainant des frais généraux, les règlements périodiques de nos honoraires prévus sur le devis devront être effectués à la date convenue.

Toute échéance non honorée à la date prévue entrainera immédiatement l'arrêt de votre traitement.

Le solde de la totalité des honoraires devra impérativement être réglé le jour de la chirurgie ou de la pose de la prothèse.

Nous pouvons toutefois consentir à des aménagements financiers personnalisés en fonction de chaque situation, n'hésitez pas à nous en parler.

Les aléas en cours de traitement

Lors de traitements importants, notamment implantaires et/ou prothétiques, des aléas médicaux ou techniques non prévisibles peuvent survenir et entraîner une modification du plan de traitement initial.

Vous en serez immédiatement informé, **nous soumettrons à votre accord** le plan de traitement modifié et ses éventuelles incidences tant financières que thérapeutiques.

Vos remboursements

Les remboursements de la Sécurité Sociale inscrits sur le devis qui vous est remis sont estimés en fonction de la nomenclature (CCAM) en vigueur.

Les remboursements de votre mutuelle ou assurance complémentaire sont donnés à titre indicatif et ne peuvent engager notre responsabilité.

Il vous appartient de vérifier le montant des remboursements, les seuls faisant foi, auprès de votre mutuelle qui doit vous répondre par écrit.

Contrôles

Des contrôles réguliers sont indispensables afin de prévenir d'éventuelles complications et d' assurer le maintien dans le temps des résultats de vos traitements.

La fréquence de ces rendez-vous périodiques vous sera indiquée en fin de traitement : **ne pas les respecter engagera votre responsabilité exclusive en cas de problèmes.**

Vous êtes conscient que les actes de chirurgie buccale, implantaire ou parodontale présentent des risques malgré notre engagement total, la mise en œuvre de tous les moyens en notre possession, et qu'aucun résultat ne peut être garanti à 100%.

docuDent.fr

Vous avez lu, compris et accepté les termes du présent contrat de soins.

Vous reconnaissez

- avoir été informé des différentes possibilités de traitement vous concernant
- avoir été informé des risques et des aléas thérapeutiques éventuels
- avoir pu poser toutes les questions et reçu toutes les explications demandées
- avoir eu le temps de réflexion nécessaire pour choisir votre traitement

Vous acceptez ces conditions sans restrictions, vous engagez à les respecter et donnez votre consentement en toute connaissance de cause à la réalisation du plan de traitement proposé ainsi qu'à son règlement financier aux échéances prévues.

Fait en deux exemplaires et remis à chacun des signataires

Signature du praticien

Signature du patient
(indiquez : la date du jour, lu et approuvé, bon pour accord)