



CONSENTEMENT ECLAIRE

M., Mme, Melle.....

certifie avoir pris connaissance des informations suivantes :

1. Je suis clairement informé(e) que le Docteur Olivier EMERY n'est pas conventionné avec les caisses d'Assurance Maladie. Il détermine lui-même le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'Assurance Maladie se fera sur la base de tarifs dit « d'autorité » dont le montant de remboursement est très inférieur à ceux d'un praticien conventionné.
2. Le non-remboursement des soins par l'Assurance Maladie, les Mutuelles ou Assurances Complémentaires ne sauraient en aucune façon engager la responsabilité du Docteur Olivier EMERY.
3. Le prix d'une consultation est de 100€, hors radiographies et soins éventuels.
4. Le règlement se fait à la fin de chaque séance de soins.
5. Je reconnais avoir reçu une information claire et loyale des différentes alternatives thérapeutiques et d'avoir fait le choix

Je soussigné..... atteste avoir parfaitement compris ce document et en accepter les termes.

A.....

Le.....

Signature du patient

