

## 替代治疗知情同意书

患者姓名	会员 ID	患者地址/电话号码
出生日期	计划名称/编号	

牙齿/ 区域	承保的服务					替代治疗*					所选服务的患者自费金额	患者同意 (请小签)
	CDT 代码	医学程序描述	共付额	接受	拒绝	CDT 代码	医学程序描述	替代费用*	接受	拒绝		

\*“替代治疗”是指提供给会员的另一项服务，该服务不是承保服务，或者是对承保服务的升级。承保服务是您的牙科计划将免费为会员支付的福利。替代治疗不在您计划的承保范围内。如果您选择了替代治疗，您必须支付未承保服务的费用。您可以在承保服务和替代治疗之间进行选择。替代费用公式（您支付的费用）= 替代治疗的常规费用减去 (-) 承保服务的常规费用加上 (+) 承保服务任何列出的共付额。”

替代治疗的患者付费总额：\$ \_\_\_\_\_

在下方签名（牙医）即表示，本人确认本人已经向患者解释了：其治疗选择、替代治疗的风险和益处、替代治疗的费用以及符合牙科护理标准的其他承保服务。

在下方签名（患者）即表示，本人理解并同意以下内容：

1. 牙医已经解释并回答了本人关于承保服务、替代治疗选择和非承保治疗费用的问题。
2. 本人理解，本人有权选择上述服务或替代治疗。
3. 本人已选择并同意上述替代治疗。
4. 本人理解，本人负担替代治疗的费用，且本计划不承保替代治疗的费用。
5. 本人已选择不使用符合牙科护理标准的承保服务。
6. 本人理解可能有借贷选择，如果本人选择使用金融公司是本人自己的决定。本人不必选择或使用借贷选项。

如果本人对本人的牙科治疗计划、共付额或额外费用有任何疑问或担忧，在签署以下内容之前，本人会拨打**800-268-9012**联系LIBERTY牙科计划。

\_\_\_\_\_  
患者姓名

\_\_\_\_\_  
患者签名（父母或监护人）

\_\_\_\_\_  
牙医姓名/签名

\_\_\_\_\_  
日期