



DEVIS CHIRURGICAL

SPECIMEN DE DEVIS (INFORMATIONS VALABLES POUR L'ANNEE 2017)

Le Dr Prénom NOM, chirurgien conventionné à honoraires libres non souscripteur à l'OPTAM, vous informe qu'il va effectuer un ou plusieurs acte(s)-médecotechniques(s), en réponse à la demande de soin que vous avez formulée.

Pour ces examens diagnostiques et/ou ces actes thérapeutiques il résultera une différence d'un montant par rapport à la base de remboursement fixée par l'Assurance Maladie, qui pourra le cas échéant être pris en charge par votre assurance maladie complémentaire, en tout ou partie selon votre contrat souscrit.

Il est tenu compte en vertu du Code de Déontologie Médicale de fixer avec tact et mesure les honoraires en rapport et de répondre à toute demande d'information préalable et d'explication.

Un à quatre actes pourront être effectués (à des moments distincts si plus de deux actes sont nécessaires). Ces actes sont comptés aux taux de 100% ou de 50% de leur valeur selon leurs modalités d'association.

Le Dr Prénom NOM remet, conformément à la loi, cette information au patient qui atteste l'avoir reçue. S'il ne l'a pas directement il doit s'assurer qu'elle a été comprise et signée avant la réalisation de l'acte.

Actes et facturation prévus :

BDNP002 Abrasion mécanique de l'épithélium de la cornée sans laser (**base de remboursement de la sécurité sociale : 25,17€**)

BDJP001 Irrigation continue de la cornée et/ou de la conjonctive (**base de remboursement de la sécurité sociale : 00,00€**).

Montant par œil des honoraires prévus par le Docteur Prénom NOM pour cette prise en charge : 600 € (base sécurité sociale 25.17 € + complément d'honoraire 574.83 €)

Prise en charge comprenant : la fourniture du produit photo sensibilisant (Riboflavine : non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire), le consommable, les honoraires des actes chirurgicaux prévus (rémunération du chirurgien et de l'aide opératoire), les honoraires des consultations post opératoires prévues auprès du Dr Prénom NOM les 3 premières semaines post-opératoires.

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Date et Signature après la mention « lu et approuvé » :

