



## 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)-médecotecniques(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 remis pas directement il doit s'assurer qu'elle a été comprise et signée avant la réalisation de l'acte.**

#### **Actes et facturation prévus :**

**BCFA003 :** exérèse primitive de ptérygion avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse (**base de remboursement de la sécurité sociale 105.59 € + complément d'honoraire de 423.46 € soit un sous total de 529.05 €**))

**BCLB001:** injection subconjonctivale ou subténonienne unilatérale ou bilatérale d'agent pharmacologique (**base de remboursement de la sécurité sociale 15,94 € divisé de moitié soit 7,97 € + complément d'honoraire de 32.98 € soit un sous total de 40.95 €**).

**Montant par œil des honoraires prévus par le Docteur Prénom NOM pour cette prise en charge : 570 € (base sécurité sociale de 113,56 € + 456,44 € de complément d'honoraires).**

**Prise en charge comprenant :** 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.

**Prise en charge ne comprenant pas :** le montant du ticket modérateur de l'assurance maladie, les honoraires des actes d'anesthésie, les frais de séjours au sein de la clinique (forfait journalier, suppléments de prestations hôtelières éventuelles : chambre particulière, télévision, téléphone...), les honoraires des consultations post opératoires prévues auprès du Dr Prénom NOM après les 3 premières semaines post-opératoires.

**Prénom :**

**Nom :**

**Date de naissance :**

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