



## DEVIS CHIRURGICAL

### SPECIMEN DE DEVIS (INFORMATIONS VALABLES POUR L'ANNEE 2018)

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 pas directement il doit s'assurer qu'elle a été comprise et signée avant la réalisation de l'acte.

#### Actes et facturation prévus :

**BGFA014:** sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératotomy profonde sans viscocanaliculoplastie) (base de remboursement de la sécurité sociale 209,00 € + complément d'honoraire de 368,96€ soit un sous total de 577,96€).

**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 14,07€ soit un sous total de 22,04€).

**Montant total par œil des honoraires prévus par le Docteur *Prénom NOM* pour cette prise en charge : 600 €** (base sécurité sociale de 216,97 € + complément d'honoraire de 383,03 €).

**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 » :**