



DEVIS CHIRURGICAL

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

Le Docteur {docteur_prenom} {docteur_nom}, ophtalmologiste conventionné à honoraires libres non souscripteur à l'OPTAM, vous informe qu'il a prévu d'effectuer un ou plusieurs acte(s)-médecotecniques(s), en réponse à la demande de soin que vous avez formulée. Chacun de ces actes est identifié par un code de facturation selon la Classification Commune des Actes Médicaux. Ce code permet donc de connaître la nature de l'acte prévu. Il est soumis au secret médical. Toute communication à une tierce personne est sous votre responsabilité.

Conformément à l'article L-1111-3 du Code de Santé Publique et à l'arrêté du 2 octobre 2008 paru au Journal Officiel du 11 octobre 2008, votre médecin a l'obligation de vous informer par écrit du montant des honoraires qui vous sera facturé.

Pour les examens diagnostiques et/ou les actes thérapeutiques prévus, il résultera une différence d'un montant par rapport à la base de remboursement fixée par l'Assurance Maladie appelée complément (ou dépassement) d'honoraires, 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 compléments d'honoraires en rapport et de répondre à toute demande d'information préalable et d'explication.

Actes et facturation prévus :

BGPA001 (acte de chirurgie – Activité 1) : rétinotomie relaxante et/ou dissection de membrane rétro-rétinienne (base de remboursement de la sécurité sociale 333,62 € + complément d'honoraire de 369,90 € soit un sous total de 703,52 €) soit un taux de dépassement de 110,88%

BGPA002 (acte technique médical - Activité 1) : dissection de la membrane épirétinienne (base de remboursement de la sécurité sociale 271,70 divisé de moitié* soit 135,85€ + complément d'honoraire de 150,63€ soit un sous total de 286,48€) soit un taux de dépassement de 110,88%

Soit un montant total par œil de 990€ correspondant à la somme des 469,47€ remboursés par la Sécurité Sociale (333,62+135,85) et des 520,53€ de compléments d'honoraires (369,90+150,63).

Ce montant couvre les honoraires des actes chirurgicaux prévus (susceptibles d'être modifiés par la survenue d'imprévus) et des actes post opératoires prévus (hors complication) auprès du Docteur {docteur_prenom} {docteur_nom} les 15 premiers jours suivant l'intervention. Il ne couvre pas les honoraires des actes d'anesthésie pour lesquels les anesthésistes vous remettront un devis.

Le Docteur {docteur_prenom} {docteur_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 des soins. **Retrouvez toutes les explications sur les principes de facturation et de remboursement des actes médicaux à l'adresse www.polevision.fr.**

***Si plusieurs actes sont nécessaires, l'association de deux actes au plus, peut être facturée.** L'acte de tarif le plus élevé est facturé à taux plein et le second à 50% de sa base de remboursement. Sauf cas particulier, les éventuels actes complémentaires réalisés ne sont pas facturables et sont donc réalisés gratuitement.

Prénom : {patient_prenom}

Nom : {patient_nom}

Date de naissance : {patient_ddn}

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