



## **SPECIMEN DE DEVIS CHIRURGICAL : VITRECTOMIE POUR COMPLICATIONS RETINIENNES LIEES AU DIABETE**

**Le Docteur Prénom NOM, ophtalmologiste conventionné à honoraires libres (secteur II) non souscripteur à l'OPTAM, vous informe qu'il a prévu d'effectuer un ou plusieurs acte(s) médico-technique(s), en réponse à la demande de soins 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 30 mai 2018 paru au Journal Officiel du 8 juin 2018, 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'explications.

### **Actes et facturation prévus :**

+ **BGMA002** (acte de chirurgie – Activité 1) opération rétinovitréenne associant au moins 4 des actes suivants : coagulation, vitrectomie, endocoagulation avec laser, rétinotomie, tamponnement interne, échange fluide-gaz, dissection : **base de remboursement de la sécurité sociale de 474,17€ + complément d'honoraires de 551,87€ soit un total pour cet acte de 1026,04€** (correspondant à un taux de dépassement de 116%).

+ **BGPA 002** (acte de chirurgie – Activité 1) dissection de la membrane épirétinienne et/ou de la hyaloïde : **base de remboursement de la sécurité sociale de 271,7€ divisée de moitié\* soit 135,85€ + complément d'honoraires de 158,11€ soit un total pour cet acte de 293,96€** (correspondant à un taux de dépassement de 116%).

**Soit un montant total d'honoraires de chirurgie de 1320€ dont 610,02€ (474,17€+135,85€) remboursés par la sécurité sociale° et un reste à charge de 733,98€ correspondant à la somme de la participation forfaitaire de 24€° et des compléments d'honoraires de 709,98€ (551,87€+158,11€ pour un taux de dépassement de 116%). Ce reste à charge est remboursable en tout ou partie par l'assurance complémentaire souscrite.**

**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 Prénom 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 Prénom NOM remet, conformément à la loi, cette information au patient qui atteste l'avoir reçue. 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](http://www.polevision.fr).** Ce devis est valable pour l'année civile en cours.

**\*Si plusieurs actes chirurgicaux sont nécessaires, l'association de deux actes au plus, peut être facturée lors d'une intervention chirurgicale.** L'acte de tarif le plus élevé est facturé à taux plein et le second à 50% de sa base de remboursement. Les éventuels actes complémentaires réalisés ne sont pas facturables et sont donc réalisés gratuitement.

**°Les actes dont la somme des tarifs conventionnés dépasse 120€ sont remboursés par la sécurité sociale à hauteur de 100% de leur tarif conventionné, déduction faite d'une participation forfaitaire unique de 24€, remboursable en tout ou partie par l'assurance complémentaire souscrite.**

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

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