

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HONORAIRES CHIRURGICAUX

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

IDENTIFICATION DU PATIENT (celui-ci accepte d'envoyer le présent devis à la mutuelle)

Nom - Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : Code Postal :

--	--	--	--	--	--

 Ville :

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email :

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

Nom - Prénom :

Adresse : Code Postal :

--	--	--	--	--	--

 Ville :

N° FINESS (obligatoire) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signataire de l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée des Chirurgiens et Obstétriciens) OUI NON

Date de l'intervention :/...../.....

DESCRIPTIONS DES ACTES PAR LE PRATICIEN (notifier les dépassements d'honoraires acte par acte)

Code CCAM	Libellé de l'acte	Facturation	Base De Remboursement Sécurité Sociale (euros)	Dépassements honoraires (euros)

Ce devis est remis au patient.

L'adhérent l'envoie à la mutuelle en vue de l'attribution d'une prise en charge.

La participation de la complémentaire est obligatoirement versée au mutualiste.

La procédure de tiers payant n'est pas possible pour les dépassements d'honoraires.

Total des honoraires €

Date :/...../.....

Signature
et cachet du praticien