

## Note préalable d'information sur les honoraires

(article L1111-3 du code de la santé publique et arrêté du 30 mai 2018 paru au Journal Officiel du 8 juin 2018)

Le Dr .....X....., qualifié .....  
médecin conventionné secteur 1, inscrit au conseil départemental du.....  
.....dont le siège se trouve .....

vous informe qu'il va effectuer un acte médicotechnique / un acte chirurgical, en réponse à la demande de soins que vous avez formulée.

Cet acte porte le code CCAM : ..... avec l'intitulé suivant :

**(Cette information sur les actes pratiqués est destinée au seul patient et n'a pas à être communiquée à des tiers, y compris les assureurs complémentaires)**

Le médecin a fixé, pour cet acte, le montant de ses honoraires à : ... **euros**

Cet acte est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sur la base d'un tarif fixé à : ... **euros**

Il en résulte une différence d'un montant de ... **euros** qui pourra, le cas échéant, être pris en charge par votre assurance maladie complémentaire, en tout ou partie, en fonction du contrat souscrit

*(si un second acte est envisagé, le mentionner suivant les mêmes modalités)*

Le Dr .....X..... a été autorisé par la réglementation à pratiquer un dépassement d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE)

Il est tenu en vertu du code de déontologie médicale de les fixer avec tact et mesure et de répondre à toute demande d'information préalable et d'explication.

Si, au cours de la réalisation de l'acte, un autre acte non prévu initialement se révèle immédiatement nécessaire dans l'intérêt du patient, il sera effectué avec votre consentement et pourra être facturé.

Le médecin ne peut refuser un acquit des sommes perçues ni imposer un mode particulier de règlement.

Le Dr .....X....., remet, conformément à la loi, cette information au patient qui atteste l'avoir reçue. S'il ne la remet pas personnellement il doit s'assurer qu'elle a été comprise et signée avant la réalisation de l'acte.

Fait en double exemplaire, le ....., à .....

Le Dr ..... M./Mme/Melle .....

Cachet et signature du médecin

Signature du patient (ou de son représentant légal)

**Le praticien ne peut demander des honoraires différents des tarifs fixés par la réglementation aux personnes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire, en vertu des documents qu'elles présentent.**