 Monsieur/Madame (Prénom, NOM)………………………………………………………… est masseur-kinésithérapeutes.*1*

**HONORAIRES**

HONORAIRES

* titulaire du diplôme d’Etat français de masseur-kinésithérapeute et inscrit(e) au tableau de l’ordre des masseurs-kinésithérapeutes sous le numéro…………………………………………………….

Ou

* titulaire d’une autorisation d’exercice et inscrit(e) au tableau de l’ordre des masseurs-kinésithérapeutes sous le numéro…………………………………

Ou

* en exercice sous le régime de la libre prestation de services et enregistré(e) auprès du Conseil national de l’ordre des masseurs-kinésithérapeutes sous le numéro de…………………………………

Votre masseur-kinésithérapeute a souscrit à une couverture d’assurance au titre de la responsabilité civile professionnelle auprès de la compagnie d’assurance………………………..sous le numéro de contrat…………………

Votre masseur-kinésithérapeute est conventionné par la sécurité sociale. Dès lors, les prestations qui vous seront délivrées ne seront que très faiblement remboursées. Le montant de ses honoraires doit cependant être déterminé avec tact et mesure.

**ACTES OU PRESTATIONS DE SOINS LES PLUS COURAMMENT PRATIQUES *2 et 3***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **Taux de remboursement des actes et soins pris en charge par l’Assurance Maladie** | | | **Régime Local*5*** |
|  | | **Honoraires en euros** | **Cas général** | **ALD / AT-MP / Maternité / EXO** | **CMU-C / ACS** | **RL** |
| **Consultation3 :** | |  | **0%** | **0%** | **0%** | **90%** |
|  |  | **€** |  |  |  |  |
|  | **€** |  |  |  |  |
|  | **€** |  |  |  |  |
|  | **€** |  |  |  |  |
|  | **€** |  |  |  |  |
| **Visite à domicile** | |  |  |  |  |  |

Lorsque les honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros, votre professionnel doit vous en informer par écrit préalablement à la réalisation de la prestation.

Un dépassement d’honoraire peut-être demandé soit en cas d’exigence particulière(D.E), soit en cas d’acte effectué hors de la nomenclature générale des actes professionnels (H.A.N).Nous vous invitons à demander un devis en cas de dépassement tarifaire.

**PRESTATIONS PROPOSEES NE CORRESPONDANT PAS DIRECTEMENT A UNE PRESTATION DE SOIN** *4*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Prix** |
|  | **€** |
|  | **€** |
|  | **€** |
|  | **€** |
|  | **€** |
|  | **€** |

Cette obligation d’affichage ne se substitue pas aux obligations d’information individualisée du patient. Arrêté du 27 Novembre 1995.

1 Cocher la case correspondante à votre situation et compléter.

2 Les montants des honoraires peuvent être indiqués sous formes de fourchettes : les critères de détermination de ces honoraires doivent alors être expressément mentionnés.

3 Indiquer au moins 5 des prestations les plus couramment pratiquées.

4 A préciser si vous proposez de telles prestations.

5 Régime local pour les départements de Moselle, Haut-Rhin et Bas-Rhin.

Affichage modifié en accord avec le CNO par l’URPS MK GE.

