

DEPARTEMENT D'ANESTHESIE – REANIMATION

Cabinet de consultation

24 avenue Paul Santy, 69008 LYON – Tél. 04 37 53 00 50 – Fax : 04 37 53 00 51

Mail: anesthesie.santy@gmail.com - Web: www.anesthesie-santy.fr

TARIF DES ACTES D'ANESTHESIE – REANIMATION

Pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie, sont pratiqués les tarifs d'honoraires fixés par la réglementation, auxquels s'ajoute le secteur 2*. A votre demande ils vous donneront toutes les informations nécessaires.

Secteur 2* : les honoraires sont déterminés par le praticien.

Le remboursement s'effectue sur la base des honoraires conventionnés.

A votre demande le médecin vous donnera des informations sur les honoraires qu'il compte appliquer.

1° - CONSULTATION DU MEDECIN SPECIALISTE :

. Secteur 1 (S1) 23 à 28 euros

. Secteur 2 (S2) 30 à 60 euros

2° - COTATION DES ACTES D'ANESTHESIE :

. La cotation des actes d'anesthésie est fixée par décret ministériel (Journal Officiel N° 74 du 30 Mars 2005) et est regroupée dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Cette CCAM détermine le coût de l'acte d'anesthésie en fonction de l'acte chirurgical et comprend plus de 7200 codes. Ces codes sont consultables sur le site www.ameli.fr, à la rubrique nomenclature.

3° - MAJORATIONS :

. Enfant de moins de 4 ans ou adulte de plus de 80 ans : 23 à 80 euros

. Anesthésie en urgence : 25,15 à 100 euros

. Anesthésie le dimanche ou un jour férié : 19,06 à 100 euros

4° - DEPASSEMENTS EXCEPTIONNELS *(D.E.) :

. Votre médecin anesthésiste peut être amené à coter des dépassements d'honoraires Exceptionnels* en fonction des circonstances et de la situation.

***Les dépassements d'honoraires sont pris en charge en partie ou en totalité par votre Mutuelle.**

MEMBRES D'UNE ASSOCIATION DE GESTION AGREE, LES REGLEMENTS PAR CHEQUE ET PAR CARTE BLEUE SONT ACCEPTES

DECLARATION DE CONSENTEMENT

Au cours de l'entretien lors de la consultation du médecin Anesthésiste – Réanimateur :

Je reconnais avoir reçu toutes les informations sur la technique anesthésique prévue et avoir posé toutes les questions concernant la nature de celle-ci. J'ai reçu les réponses souhaitées, simples, intelligibles et loyales concernant les complications possibles liées à l'anesthésie.

Je n'ai plus de questions et estime avoir été suffisamment informé(e).

Après avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant, je donne par la présente, mon consentement à l'anesthésie prévue et accepte également les modifications éventuelles de la technique anesthésique qui se révéleraient nécessaires pour ma sécurité.

Mon accord porte aussi sur une transfusion de sang ou d'autres dérivés sanguins si cela s'avérait nécessaire avant, pendant ou après l'anesthésie.

Le document donné ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin Anesthésiste-Réanimateur à mon égard. J'ai également pris connaissance des honoraires habituellement pratiqués par les médecins Anesthésistes-Réanimateurs.

NOM :

Fait à LYON, le :

PRENOM :

Signature du patient (ou des parents si enfant mineur)