

DOCTEUR SALVATORE SESSA

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
ASSISTANT DES HOPITAUX DE NANCY

MEMBRE DU GROUPE D'ETUDE SUR LA SCOLIOSE
MEMBRE DE LA SO.F.C.O.T.
MEMBRE DE LA SO.F.O.P.
MEMBRE DE LA S.F.C.R.
EXPERT PRES LA COUR ADMINISTRATIVE
D'APPEL DE MARSEILLE

⑦

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CHIRURGIE DU RACHIS ET DE LA SCOLIOSE

CHIRURGIE DU MEMBRE INFERIEUR

ORTHOPEDIE INFANTILE

N° 83 1 75135 9

CONSULTATIONS SUR RENDEZ-VOUS

Madame XXXX XXXX

Madame,

J'ai l'honneur de vous informer que **je suis conventionné en secteur 2 avec droit aux honoraires libres.**

La Commission de Notoriété de la Sécurité Sociale a accordé ce droit aux praticiens en fonction des titres acquis et des compétences démontrées.

Ce complément d'honoraires est destiné à permettre aux praticiens, qui en bénéficient, de financer le maintien et l'amélioration du niveau de connaissance de leur équipe et de poursuivre des travaux de recherche et d'enseignement.

Ces honoraires, qui **ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie**, sont estimés en fonction de l'intervention programmée lors de la consultation préopératoire. Ils peuvent être modifiés de conséquence si l'intervention effectivement réalisée était différente, du fait des conditions ou des constatations préopératoires, avec conséquente modification de la cotation chirurgicale.

Je vous prie de trouver ci-dessous le détail du dépassement des honoraires correspondant à l'intervention chirurgicale prévue le XX/XX/XXXX cotée XXXXXX à la classification commune des actes médicaux

Le montant prévisible est de **XX euro (XXXX,00 €)**, que vous devrez régler **directement avant sortie de l'établissement**, auprès de mon secrétariat ou du bureau des sorties, à réception de la note d'honoraires.

Ce montant est intégralement reporté sur le bordereau S 3404 de la Sécurité Sociale, **que vous devrez adresser avec la note d'honoraires à votre Mutuelle.**

Votre mutuelle peut prendre en charge ce complément d'honoraires selon les conditions de votre contrat, le reste étant bien sûr remboursé **sur la base du tarif conventionné** par la Caisse d'Assurance Maladie du Régime Général de la Sécurité Sociale. Par conséquent, ces renseignements administratifs concernant votre intervention doivent être transmis, sans tarder, à votre Mutuelle, qui vous précisera les modalités de remboursement.

Si vous souhaitez des informations complémentaires, si vous avez des difficultés financières, transitoires ou non, n'hésitez pas à m'en faire part.

En vous remerciant pour votre confiance, je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à Toulon, le XX/XX/XXXX en double exemplaire
Dr SESSA

Le Patient

CLINIQUE SAINT-MICHEL

DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE, TRAUMATOLOGIE ET CHIRURGIE VERTÉBRALE

PLACE DU 4 SEPTEMBRE – 83100 TOULON - ☎04 98 00 18 54 - ☎04 98 00 09 23

E-mail : docteur.sessa@wanadoo.fr

S.E.L.A.R.L. au Capital de 7622,45 € - 431 371 814 R.C.S. Toulon