**HONORAIRES**

**Monsieur/Madame (Prénom, NOM) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_est masseur-kinésithérapeute[[1]](#footnote-1)**

* **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Il/Elle a obtenu la reconnaissance de son titre de formation de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ délivré par l’établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_situé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Votre masseur-kinésithérapeute a souscrit 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 n'est pas 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.**

**Pour toute information complémentaire, vous pouvez consulter l’annuaire sur site internet** [**www.ameli.fr**](http://www.ameli.fr)

**Actes ou prestations de soins les plus couramment pratiqués[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **Taux de remboursement des actes et soins**  **pris en charge par l’Assurance Maladie** | | |
|  | | **Honoraires**  **en euros** | **Cas général** | **ALD / AT-MP /**  **Maternité / EXO** | **CMU-C / ACS** |
| **Consultation[[3]](#footnote-3) :** | |  | **0%** | **0%** | **0%** |
|  |  | **€** |  |  |  |
|  | **€** |  |  |  |
|  | **€** |  |  |  |
|  | **€** |  |  |  |
|  | **€** |  |  |  |
| **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.**

**\*\*\* \*\*\* \*\*\***

**Prestations proposées ne correspondant pas directement à une prestation de soins[[4]](#footnote-4)**

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

**Cette obligation d’affichage ne se substitue pas aux obligations d’information individualisée du patient.**

1. ***Cocher la case correspondante à votre situation et compléter.*** [↑](#footnote-ref-1)
2. ***Les montants des honoraires peuvent être indiqués sous forme de fourchettes : les critères de détermination de ces honoraires doivent alors être expressément mentionnés.***  [↑](#footnote-ref-2)
3. ***Indiquer au moins 5 des prestations les plus couramment pratiquées.*** [↑](#footnote-ref-3)
4. ***A préciser si vous proposez de telles prestations.*** [↑](#footnote-ref-4)