

CONTRAT KINESITHERAPEUTE/PATIENT

Entre d'une part

Mme/Mr NOM Prénom Masseur-Kinésithérapeute, finess

Adresse

Code Postal – Ville

Et d'autre part

Mr/Mme/Melle

demeurant au

Séance Conventionnelle + Séance Hors Convention

Dans notre cabinet, nous proposons à la suite d'un acte conventionné, un acte **Hors convention H.C.** ou anciennement appelé hors nomenclature, d'une durée de 30 min également. C'est un acte qui doit faire partie du décret de compétence des kinésithérapeutes (arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'état de Masseur-Kinésithérapeute).

Cet acte n'est pas pris en charge par votre caisse de sécurité sociale car il ne fait pas partie de la NGAP des actes de rééducation, mais peut parfois être pris en charge par certaines mutuelles (sous conditions).

L'acte HC que nous proposons après votre séance bilan est un encadrement de séances d'éducation à la prévention en santé qui se déroulent concrètement sous la forme d'ateliers théoriques et pratiques en lien avec le thème de la pathologie

Compétence 5 : concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de Prévention et de dépistage

Compétence 10 : organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe.

***partie à modifier en fonction de l'organisation de votre cabinet*

DEPASSEMENT POUR EXIGENCE

D.E = Le dépassement pour exigence, doit être utilisé pour exigence du patient, il se rapporte à un acte conventionné, et est inscrit à la nomenclature des actes professionnels, il apparaît donc sur la feuille de soins.

Exemple : Le patient exige un horaire précis, ou des horaires en dehors des heures d'ouvertures du cabinet, ou demande de venir à domicile alors qu'il n'est pas indiqué sur l'ordonnance, Ou une exigence sur une urgence du jour

Ce dépassement n'est pas pris en charge par votre organisme de sécurité social mais peut parfois être pris en charge par certaines mutuelles, il apparaîtra sur votre relevé de remboursement de soins.

FACTURATION DES SEANCES

Le tiers payant (n') est (pas) pratiqué dans ce cabinet. (Vous n'aurez pas à avancer la part assurance maladie obligatoire ni la part mutuelle)

FEUILLE DE CONSENTEMENT ECLAIRE (si fourni)

Ci-joint et à nous rendre à la fin de la première consultation, accompagné du présent contrat qui nous lie (qui vous a été envoyé par e-mail lors de votre prise de RDV).

REGLEMENT INTERIEUR A RESPECTER

Merci d'arriver à l'heure à votre rendez-vous, tout retard de plus de minutes aura pour conséquences l'annulation de votre séance ET le remboursement de l'acte de la séance par vos soins, non remboursable par votre organisme de sécurité sociale, ni par votre mutuelle (cf. Conseil De l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes). La non annulation de votre rendez-vous au moins heures à l'avance entraînera les mêmes pénalités.

NOM Prénom
(Suivi de « Bon pour accord, lu et approuvé »)

Signature