

Voici les renseignements nécessaires.

**Il est indispensable de vous renseigner auprès de votre assurance complémentaire** car la prise en charge des chirurgies oculomotrices par la sécurité sociale est très mauvaise. Transmettez à votre complémentaire santé le devis qui vous a été remis en demandant quel sera votre « **reste à charge** ».

Il est prévu que vous repartiez le jour même : il s'agit d'une chirurgie ambulatoire, **nécessitant que quelqu'un vienne vous chercher**.

**En cas de retouche nécessaire dans le délai d'un an**, à la condition expresse qu'au plus tard 2 jours avant l'intervention, vous apportiez la réponse écrite de votre assurance, les dépassements d'honoraires de chirurgie et d'anesthésie seront si besoin réduits de telle sorte qu'il reste au maximum xxxx€ à votre charge, après remboursement de votre mutuelle, pour la somme de ces deux dépassements. Les frais de clinique seront en ceux en cours au moment de cette nouvelle opération.

N'hésitez pas à me recontacter après avoir lu toutes les complications possibles car cette énumération peut être effrayante si on n'a pas de notion sur le risque statistique. En effet, la législation actuelle impose de vous informer même des risques exceptionnels.

Avec mes sentiments dévoués.

Dr Laurent Laloum

**Note :**

**Les sommes entourées en rouge sont celles qui resteraient à votre charge si votre mutuelle ne remboursait rien.**

**Les autres montants ne sont là que pour permettre à votre mutuelle de vous indiquer quelle sera la somme restant à votre charge.**

Si le montant des honoraires est un obstacle, vous pouvez choisir d'être opéré par un Confrère exerçant à l'hôpital (ou équivalent), auquel cas, la chirurgie du strabisme est prise en charge de façon quasi intégrale par la Sécurité Sociale, même sans mutuelle.

Dr Laurent Laloum : 15 Place Richard Baret - 75017 PARIS  
[laurent@laloum.fr](mailto:laurent@laloum.fr) n°AM :75 1 50042 2 00 3 31 1 15 / n° RPPS 10000383496

**CHIRURGIE DU STRABISME, DU NYSTAGMUS ET DE LA DIPLOPIE**

**Clinique de la Muette - 46-48, rue Nicolo 75016 PARIS. Tél : 01 40 72 33 33**  
Anesthésiste : **Dr Laurent CLERDOUET**, à consulter impérativement, au plus tard une semaine avant l'intervention (Doctolib ou **Tél : 01 40 72 33 92 ou 82**)

**Vous devrez :**

- \*Remettre 1 exemplaire signé à l'anesthésiste le jour de sa consultation (et lui remettre, après l'avoir complété, le questionnaire préalable à la consultation d'anesthésie, disponible sur [www.laloum.fr](http://www.laloum.fr), onglet documents/chirurgie)
- \*M'en envoyer ou m'en remettre un autre signé.

NOM: Prénom: Le **xx/xx/xxxx**

Urgence, pour joindre le bloc opératoire le jour de l'intervention : 01 40 72 33 37

Date envisagée : xxx Durée probable : Anesthésie envisagée :  
Dépassements d'honoraires (partie non prise en charge par la sécurité sociale) pour cette intervention :

**Chirurgien et anesthésiste NON ADHERENTS « OPTAM »**

| En euros            | Facturé acte 1 | Base SS acte 1 | DP acte 1 | Facturé acte 2 | Base SS acte 2 | DP acte 2 | DP 1+2 |
|---------------------|----------------|----------------|-----------|----------------|----------------|-----------|--------|
| <b>CHIRURGIEN</b>   | 00000          | 00000          | 00000     | 00000          | 00000          | 00000     | 000000 |
| <b>ANESTHESISTE</b> | 00000          | 00000          | 00000     | 00000          | 00000          | 00000     | 000000 |

CCAM ADC : BJMA 00X +0,5xBJMA00Y avec le MODIFICATEUR J pour les 2 actes

- \*Facturé acte 1 et Facturé acte 2 = Montant total facturé.
- \*Base SS acte 1 + Base SS acte 2 = base de remboursement Sécurité sociale.
- \*DP acte 1 + DP acte 2 = Dépassement d'honoraires pour ces actes.  
(Facturé acte 1 = Base SS acte 1 + DP acte 1 / Idem pour Facturé acte 2)  
DP 1 + 2 = Dépassement d'honoraires total du chirurgien / de l'anesthésiste

**Forfait journalier 180€** en chirurgie ambulatoire. **Somme totale restant à votre charge si votre complémentaire santé ne rembourse rien :**

TARIF valable 2 mois pour les honoraires médicaux, modifiable sans préavis pour la clinique

DATE et SIGNATURE **RECTO et VERSO** (par les 2 parents pour un mineur)

### **Quelles suites opératoires ?**

Arrêt de travail : de 3 à 10 jours, ne pouvant être prolongé pour motif esthétique (yeux rouges).

Instillation de collyres pendant 15 jours au moins.

Douleurs possibles, surtout les 2 premiers jours. Vision floue et "inclinée" pendant quelques jours.

Yeux rouges, œdème des paupières, difficultés à bien ouvrir les yeux pendant 8 à 15 jours (exceptionnellement 6 mois) selon les cas. L'aspect définitif sera apprécié 6 à 12 mois après l'opération (mais **un strabique ne peut se juger dans un miroir!**) .

La chirurgie ne permet pas de se passer de lunettes.

Baignades en piscine publique interdites pendant 15 jours.

Port de lentilles impossible pendant 10 à 45 jours (très rarement plus).

Maquillage interdit pendant 15 jours.

Exceptionnellement, plusieurs changements de lunettes peuvent être nécessaires.

### **Quels risques :**

#### **Sous-correction ou sur-correction (inversion) de la déviation.**

Modification de l'aspect de l'ouverture des yeux, cicatrice disgracieuse.

Cependant ces problèmes peuvent presque toujours être résolus par une (rarement plusieurs) interventions chirurgicales (dites "retouches", mais il s'agit de véritables ré-interventions).

#### **Exceptionnellement :**

Diplopie ou autres difficultés d'adaptation visuelle pouvant même empêcher la conduite auto et le travail.

Apparition d'une déviation qui n'existait pas

Ulcération grave de la cornée, hématorne rétrobulbaire comprimant le nerf optique et entraînant une perte de vision partielle ou totale, infection sévère, jusqu'à la perte d'un œil, atrophie du globe oculaire avec nécessité de porter une prothèse, voire décès comme dans tout geste chirurgical.

Ces risques vous ont été expliqués lors d'une consultation préopératoire. Si certains éléments ne vous paraissent pas clairs, ou si vous désirez des renseignements complémentaires, je suis à votre disposition pour vous répondre mail : [laurent@laloum.fr](mailto:laurent@laloum.fr) en indiquant un téléphone permettant de vous joindre **facilement**)

Si et seulement si l'ensemble de ces informations vous paraît clair, veuillez inscrire la date et signer. Un exemplaire doit être m'êtré remis et un autre remis à la clinique.

La signature de ce document signifie uniquement que vous envisagez d'être opéré en ayant connaissance des informations nécessaires. Vous pouvez renoncer à être opéré après signature.

DATE et SIGNATURE **RECTO et VERSO**

---