



**DEVIS CONCERNANT UN ACTE MEDICAL A VISÉE ESTHÉTIQUE**

*Conforme aux arrêtés du 17/10/96 et 15/04/97 relatifs à la publicité et au décret n° 2005-777 du 11 juillet 2005*

**1/ NATURE DE L'INTERVENTION :**

**2/ ANESTHESIE : GÉNÉRALE**

**3/ L'INTERVENTION SERA RÉALISÉE PAR LE** Dr Philippe Bellity :

- inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins du Département de la ville de Paris sous le numéro 75 1 70840 5
- titulaire de la spécialité en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique reconnue officiellement par le conseil national de l'ordre des Médecins et dont la Responsabilité Professionnelle est garantie pour cet acte par une assurance en cours.

**4/ AU BÉNÉFICIAIRE DE :**

Nom :

Prénom :

Profession :

Date de naissance :

Adresse :

**Date de 1<sup>ère</sup> consultation :**

**5/ DANS L'ÉTABLISSEMENT SUIVANT :** Clinique Elysée Montaigne : 3, rue Marignan 75008 PARIS

**6/ DATE DE L'INTERVENTION :**

**7/ COÛTS DES PRESTATIONS :**

- Frais clinique et d'hospitalisation :
- Honoraires du chirurgien :
- Aide opératoire :
- Frais et honoraires de l'anesthésiste :
- Matériel implanté :

**Soit un total de :** \*

\*Les frais d'hospitalisation et les honoraires de l'anesthésiste sont calculés en fonction du temps opératoire, celui-ci pouvant être parfois dépassé. Dans ce cas, un supplément pourra vous être demandé lors de votre sortie.

Lorsque des dispositifs médicaux ou des produits injectables à visée esthétique sont utilisés, ils doivent être autorisés officiellement. Les références en seront détaillées sur la facture : marque, fabricant, numéro de série, de lot. Les vêtements de contention, les médicaments et les examens pré et post opératoires ne sont pas compris dans le décompte.

Ce devis comprend, outre l'acte lui-même, les soins post opératoires pendant 12 jours.

**S'agissant d'un acte uniquement à visée esthétique, les divers examens, l'intervention, les prescriptions médicales et l'arrêt de travail éventuel ne pourront donner lieu à délivrance de document pour la prise en charge par l'assurance maladie.**

**8/ INFORMATIONS :**

L'emplacement des incisions, le déroulement de cette intervention ainsi que les suites éventuelles dues à l'opération ou l'anesthésie m'ont été parfaitement expliqués par ce praticien. Il m'a notamment bien précisé que cette intervention pratiquée depuis plusieurs années avec des résultats très satisfaisants peut dans certains cas présenter des complications imprévues et qu'aucun résultat n'est garanti. Par ailleurs, si au cours ou dans les suites de l'intervention pour des raisons imprévisibles, il y avait une initiative médicale ou chirurgicale à prendre, j'accepte toute décision nécessitée par la situation rencontrée. Je consens à être photographié(e) avant, pendant et après l'intervention. Ces photographies seront la propriété du chirurgien et pourront être utilisées à des fins scientifiques uniquement.



**9/** Le Dr Philippe Bellity fournira à la demande de

au médecin qu'il (elle) indiquera le compte-rendu opératoire conformément aux dispositions en vigueur.

**10/ CONFORMEMENT A LA LEGISLATION**, il est convenu que doit être respecté un délai minimum de quinze jours entre la remise de ce document et l'intervention éventuelle. C'est un délai de réflexion avant toute décision, pour le praticien comme pour la personne examinée. Pendant cette période, il ne peut être exigé ou obtenu de la part de la personne examinée directement ou indirectement à quelque titre que ce soit, ni sous quelque forme que ce soit une contre partie quelconque ni aucun engagement à l'exception du prix de la consultation.

**11/ JE SOUSSIGNE(E)**

Déclare les renseignements fournis comme sincères et valables et m'engage à régler la totalité des sommes figurant sur ce devis. Je m'engage à informer le chirurgien de mes changements d'adresse successifs afin qu'il puisse me recontacter pour des contrôles périodiques et en cas de nécessité. J'ai bien reçu le devis avant l'exécution de la prestation de service.

Devis établi en double exemplaire le \_\_\_\_\_ pour une durée de 6 mois.

SIGNATURE DU PRATICIEN

**SIGNATURE DU PATIENT EXAMINE**

écrire à la main : *devis reçu avant l'exécution de la prestation de service*

**SIGNATURE DU PATIENT APRES ACCEPTATION LE .....**

écrire à la main : *devis accepté après réflexion*