Docteur Philippe BELLITY *Consultations, Courriers  :*Ancien Interne des Hôpitaux 3 rue Marignan – 75008 Paris  
Membre du Collège de Chirurgie   
Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique   
78 1 70552 0 **Tél : 01 30 87 87 87**

**DEVIS CONCERNANT UN ACTE MEDICAL A VISEE ESTHETIQUE***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 : LIFTING CERVICO FACIAL + FRONTAL + BLEPAHROPLASTIE X 2  
2/ ANESTHESIE : GENRRALE  
3/ L’INTERVENTION SERA REALISEE PAR LE** Dr Philippe Bellity  
- inscrit au Conseil de l’Ordre des Médecins du Département de la ville de Paris sous le numéro 78 1 70552 0  
- 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 BENEFICE DE :**Nom : BRUN Prénom : CORINNE Profession :  
Date de naissance : 30/11/1965  
Adresse : ROUTE D’AGUILIANI – RES ARIA MARINA – BAT A – 20600 BASTIA  
**Date de 1ère consultation :  
5/ DANS L’ETABLISSEMENT SUIVANT :** Clinique Elysée Montaigne : 3, rue Marignan 75008 PARIS  
**6/ DATE DE L’INTERVENTION : 26/11/2007  
7/ COUTS DES PRESTATIONS T.T.C :**- Honoraires du chirurgien et de l’aide opératoire : 6095€  
- Frais clinique et d’hospitalisation : 2075€  
- Frais et honoraires de l’anesthésiste : 830€  
- Matériel implanté : 0€  
**Soit un total de : 9000€**Lorsque des dispositifs médicaux ou des produits injectables à visée esthétique sont utilisé, ils doivent être autorisés officiellement. Les références en seront détaillées sur la facture : marque, fabricant, numéro de série, de lot. Les vêtements de contentions, 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 Corinne BRUN 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. Ce délai peut toutefois être réduit à sept jours à la demande express de la personne examinée qui devra mentionner elle-même et de manière manuscrite et signée cette demande sur le présent avis.  
**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 29/10/2007 pour une durée de 6 mois.

Signature du patient examiné Signature du patient après acceptation le ………………. Signature du praticien  
écrire à la main : écrire à la main :  
*devis reçu avant l’exécution de la devis accepté après réflexion*  
*prestation de service*