

CACHET DU MEDECIN

Date de la 1ère consultation : .....

<b>DEVIS CONCERNANT UN ACTE MEDICO-CHIRURGICAL A VISEE ESTHETIQUE</b> <i>Conforme au décret n° 2005-777 du 11 juillet 2005</i>
---

*Le présent document a pour objet de donner à la personne examinée toutes les informations pratiques utiles à sa prise de décision concernant l'acte envisagé exposé ci-dessous :*

**Pose de prothèses mammaires esthétiques et mastopexie**

Cet acte nécessite une anesthésie Générale

En cas de consentement du patient, il sera réalisé par le Dr .....

**Au bénéfice de :**

NOM	Prénom
Date de naissance	Profession
Adresse	
Tel :	

**Dans l'établissement suivant :** (Rayer la mention inutile)

***CHU d'ANGERS***

~~Secteur privé d'un établissement public :~~

~~Ou au cabinet du médecin, disposant de tous les moyens nécessaires au bon déroulement de l'intervention et pouvant pallier à toute éventualité le cas échéant.~~

**A la date du :** .....

**1° ACTE A CARACTERE ESTHETIQUE**

Coût global des prestations TTC :

- Frais d'hospitalisation (1061€ par nuit).....
- Frais de séjour.....
- Honoraires du chirurgien.....
- Frais et honoraires d'anesthésie.....
- Coût du matériel implanté ou produit injectable à visée esthétique
  - .....
  - .....
  - .....
  - **TOTAL**.....

**2° INTERVENTIONS PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE**

Tarif conventionnel sécurité sociale.....

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, n° de série, lot...).

~~A titre indicatif: ..... jours d'arrêts de travail peuvent se révéler nécessaires.~~

~~Le prix détaillé comprend les soins post opératoires pendant..... mois.~~

S'agissant d'un acte uniquement à visée esthétique, les examens, l'intervention, les prescriptions et l'arrêt de travail éventuel, ne pourront être pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les résultats des examens suivants seront fournis avant l'intervention:

.....**mammographie**.....

NB : il est à signaler que le coût des examens préopératoires n'est pas compris dans ce décompte.

Le Dr..... fournira à la demande de Mme....., au médecin qu'il (elle) indiquera, le compte rendu opératoire, conformément aux dispositions en vigueur.

Le présent devis est établi pour une durée de 6 mois à partir de la signature de sa délivrance.

Devis établi en double exemplaire, le .....

*Signature du médecin :*

*1° Mention manuscrite obligatoire "devis reçu avant l'exécution de la prestation de service" et signature de la personne examinée*

*« ART. D. 766-2-1. — EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 6322-2, UN DÉLAI MINIMUM DE QUINZE JOURS DOIT ÊTRE RESPECTÉ ENTRE LA REMISE DU DEVIS DÉTAILLÉ, DATÉ ET SIGNÉ PAR LE OU LES PRATICIENS DEVANT EFFECTUER L'INTERVENTION DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE.*

*« IL NE PEUT ÊTRE EN AUCUN CAS DÉROGÉ À CE DÉLAI, MÊME SUR LA DEMANDE DE LA PERSONNE CONCERNÉE.*

*« LE CHIRURGIEN QUI A RENCONTRÉ LA PERSONNE CONCERNÉE DOIT PRATIQUER LUI-MÊME L'INTERVENTION CHIRURGICALE, OU L'INFORMER AU COURS DE CETTE RENCONTRE QU'IL N'EFFECTUERA PAS LUI-MÊME TOUT OU PARTIE DE CETTE INTERVENTION. »*

2° Acceptation du devis par la personne examinée, le.....

*Mention obligatoire manuscrite "devis accepté après réflexion" et signature de la personne examinée*