

SELARL DOCTEUR D. MOUTAPAM

MÉDECINE -LASER- ANTI AGE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy
Ancien assistant des Hôpitaux
Ancien praticien hospitalier
DIU de Médecine Morphologique Anti-Âge. Paris 13
DU de Nutrition . Dijon

3 rue BEAUSEJOUR
85590 LES EPESES
Tel: 0251574606
Fax: 0251573930
d.moutapam@wanadoo.fr

N° D'identification: 85173129.9

Date:

DEVIS CONCERNANT UN ACTE A CARACTERE ESTHETIQUE

Etabli conformément à l'arrêté du 17/10/96 et du 15/04/97 concernant les actes médicaux à visé esthétique

Au bénéfice de :

NOM : Prénom :
Date de naissance Profession : Commerçante
Adresse :

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 et exposé ci-dessous :

Traitement des rides du visage en particulier , rides du FRONT , la GLABELLE, la PATTE d'OIE , par du VISTABEL (BOTOX)

Type d'anesthésie : **aucune anesthésie** - anesthésie locale (rayer la mention inutile)

En cas de consentement du patient , il sera réalisé par le Docteur Dieudonné MOUTAPAM , reconnu officiellement par le Conseil de l'Ordre des Médecins de la VENDEE , auprès duquel il est inscrit sous le numéro **85173129.9**

Il est garanti pour cet acte en responsabilité civile professionnelle selon le contrat N°**00391979FP** auprès des assurances **LA MEDICALE DE FRANCE**

Date prévue: A fixer lorsque le devis sera signé et renvoyé

Lieu d'intervention : SELARL MMLAA,3 rue Beauséjour 85590 LES EPESES

Coût global des prestations :, incluant :

Montant des honoraires du médecin :

Frais de salle d'opération

Matériel implantable ou produits esthétiques:
Location de matériel technique :
Les consultations ultérieures de suivi pendant une année :
Autres.

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 .

La patiente reconnaît avoir posé toutes les questions , reçu toutes les réponses et avoir compris l'intervention proposée , sa préparation , ses bénéfices , mais aussi ses effets secondaires . La patiente confirme qu'elle est consciente des risques habituels et des suites éventuelles de ce soin médical et qu'il peut exister d'autres risques dus à des réactions individuelles à court , moyen ou long terme .

En particulier: quelques hématomes ,gêne locale, correction incomplète, ..etc**Un exemple de description**

Le présent devis est établi pour une durée de 3 mois à partir de la signature de sa délivrance .

Devis établi en double exemplaire , le

Docteur D. MOUTAPAM

1° Mention manuscrite obligatoire “ devis reçu avant l'exécution de la prestation de service ”

Signature de Madame

2° Acceptation du devis par la personne : reçue le

Je m'engage à suivre toutes les recommandations et prescriptions pré et post -intervention données par le Docteur D . MOUTAPAM qui la réalisera .

mention obligatoire manuscrite “ devis accepté après réflexion ” et signature de la personne examinée .