

Docteur C. N. Fréchette  
CHIRURGIEN - AIHP  
Chirurgie Plastique, Reconstructrice et  
Esthétique

CONSULTATION SUR RENDEZ-VOUS  
41 1 01350 - Conventionné à honoraires libres  
Claude.FRECHETTE@medical41.apicrypt.org  
Site Internet: [www.doc-frechette.com](http://www.doc-frechette.com)

## CONSENTEMENT DU DEVIS

Nom du Consultant: .....

Date de la Consultation: .....

À la demande du Docteur ....., j'ai consulté Docteur Fréchette ce jour qui confirme la nécessité pour moi d'entreprendre un traitement chirurgical qu'il propose de réaliser grâce à un anesthésie locale en ambulatoire ou générale avec hospitalisation dont la cote est \_\_\_\_\_. Je prendrai un rendez-vous à la meilleure date et suivra les consignes données.

J'accepte de payer .....€ pour ce traitement sachant que je serai remboursé par ma Caisse sur la base des tarifs de la CCAM qui est de .....€ et que le complément est **soit remboursé par ma Mutuelle Complémentaire, soit à ma charge** selon les termes de mon contrat. En cas de prise en charge pour une hospitalisation, cette somme représente uniquement un complément d'honoraires qui sera réglé par ma complémentaire selon les mêmes conditions. En cas de besoin je me renseignerai avant.

\_\_\_\_\_

date & signature du patient

\_\_\_\_\_

signature du Dr. Fréchette

Tour de Consultation - Rue Robert Debré - 41260 La Chaussée Saint Victor Tél. 02 54 90 65 65 Fax. 02 54 90 65 66

*Membre d'une association agréée par l'administration fiscale acceptant à ce titre le règlement des honoraires par chèque*