

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

CONSULTATION SUR RENDEZ-VOUS  
ADELI 41 1 01350 1 - RPPS 10003779393  
Conventionné à honoraires libres  
Site Internet: <http://www.doc-frechette.com>

NOM  
Adresse

Date

### DEVIS

Je soussigné, né(e) le 10/11/1944 à consulté Docteur Frechette pour (raison de la consultation). Il envisage de faire une intervention à son Cabinet de Mosaïque Santé à La Chaussée St. Victor le (date).

La nature de l'acte (intervention) m'a été expliqué et j'ai lu la fiche d'information qui figure au verso.

Les Honoraires de l'acte prévu sont de (montant) euros.

La base de Remboursement est de (montant) euros environ.

Je comprend que le Complément de remboursement de (montant) euros environ constitue le Dépassement qui est remboursé par ma Mutuelle Complémentaire selon les termes de mon contrat. En cas de besoin, je me renseignerai avant.

Je suivrai les consignes données avant et après l'intervention. De façon générale, je continue mon traitement, mêmes les anticoagulants, et je viendrai accompagné par un chauffeur.

Je signe le devis en indiquant en manuscrit, "Devis accepté après réflexion."

Patient

Dr. Frechette