

181482

DEVIS CONCERNANT UN ACTE MEDICO-CHIRURGICAL

Conforme au décret n° 2005-777 du 11 Juillet 2005

A l'attention de M Abderrazak Agallal , né(e) le 10/10/1945

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.

Intervention : **lésion(s) superficielle(s) et lambeau pédiculé**

Lieu de l'intervention : Clinique MARCEL SEMBAT

Type d'anesthésie : diazanalgésie

En cas de consentement, il sera réalisé par le **Dr Marine HUBY**, ayant la spécialité de Chirurgie Plastique,

Reconstructrice et Esthétique, reconnue officiellement par le Conseil de l'Ordre des Médecins du département 75, auprès duquel il est inscrit sous le numéro 10101183993. Il est garanti pour cet acte en responsabilité civile professionnelle.

Coût global des prestations :

Chirurgien	
Base de remboursement de la CPAM (tiers payant)	QAMA002 BAF A006
215.55 €	
Complément d'honoraires (remboursé partiellement ou totalement par la mutuelle) à régler au Dr Marine HUBY	500.00 €
Anesthésiste	
Complément d'honoraires (remboursé partiellement ou totalement par la mutuelle) à régler à l'anesthésiste	150.00 €
Total TTC :	
865.55€	

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par la sécurité sociale. Seul le forfait journalier est à votre charge, éventuellement pris en charge par votre mutuelle.

Devis valable six mois à compter du jour de sa remise au patient.

Je soussigné(e) Abderrazak Agallal déclare les renseignements fournis lors des consultations préopératoires comme sincères. Je m'engage à informer mon chirurgien de mes changements d'adresse successifs afin qu'il puisse me contacter pour des contrôles périodiques en cas de nécessité. J'ai bien reçu le devis avant l'exécution de la prestation chirurgicale.

Devis établi le 10/10/2023 en double exemplaire par le Dr Marine HUBY

Signature du Dr Marine HUBY :

Signature précédée de la mention manuscrite : « Devis accepté après réflexion »

Date de la signature par le patient :

Mention manuscrite :

Signature du patient :

Docteur Robert ZERBIB
*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique-Assistant des Hôpitaux de Paris
Diplômé du Collège de Chirurgie Plastique,
Reconstructrice et Esthétique
Membre de la SOF CPRE*
**CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE
ET ESTHETIQUE**

Centre Médical de Montévrain
19 route de Provins
77144 Montévrain
Tel : 01 64 27 39 67
Port : 06 60 47 76 39
Email : zerbibrobert@gmail.com
Site internet : www.robertzerbib.net

6. INFORMATIONS

L'emplacement des incisions, le déroulement de cette intervention ainsi que les suites éventuelles dues à l'opération ou à l'anesthésie m'ont été parfaitement expliquées par le Dr Zerbib. Il m'a notamment bien précisé que cette intervention peut dans certains cas présenter des complications et qu'aucun résultat n'est garanti. Par ailleurs, si au cours ou dans les suites de l'intervention, pour des raisons particulières, il y avait une initiative médicale ou chirurgicale à prendre, j'accepte toute décision nécessaire par la situation rencontrée. **Je consens à être photographié (e) avant, et après l'intervention.** Ces photographies seront la propriété du chirurgien et pourront être utilisées à des fins scientifiques uniquement.

7. LEGISLATION

Conformément à la législation (article L.6322-2 du code de la santé publique) et d'un commun accord, il est convenu que doit être respecté un délai minimum de 15 jours (Décr. N° 2005-1366 du 2 nov. 2005) 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.

8. JE SOUSCRIS(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 contacter pour des contrôles périodiques en cas de nécessité. J'ai bien reçu le devis avant l'exécution de la prestation chirurgicale.

Devis valable 3 mois établi en double exemplaire le 11 octobre 2023 pour **Monsieur Abderrazak Agallal**

Deux signatures sont nécessaires : la première datée du jour de la première consultation, la seconde datée d'au moins 15 jours après cette première consultation.

Signature de la personne examinée, datée et précédée de la mention manuscrite : « Devis reçu avant l'exécution de l'opération »

Signature, après réflexion de la personne examinée, datée et précédée de la mention manuscrite : « Devis accepté pour le montant de 1750 Euros après réflexion »

Signature du Dr Zerbib :

Centre de Dermatologie Marius AUFAN
108 rue Marius AUFAN - 92300 Levallois-Perret
Secrétariat : centre.levallouis@dermae.fr

Dr Pauline BONNET
DERMATOLOGUE -
VENEROLOGUE

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Ancienne Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Attachée dans le service de Dermatologie à l'Hôpital
Ambroise Paré, Boulogne
Secrétariat : centre.levallouis@dermae.fr
Laboratoire :
pauline.bonnet@medica192.apicrypt.org

Le 27 juil. 2023

Cher confrère, chère consœur,

J'ai vu par avis M. Abderrazak AGALLAL né le 10/10/1945 (77 ans).

Antécédents : prothèse totale genou droit, goutte, tremblement essentiel membre supérieur gauche

Traitement en cours : allopurinol, propanolol

Il consulte pour lésion pigmentée de la tempe droite et paupière inférieure droite depuis des années
voyage beaucoup dont sénégal et Maroc (y habite partiellement)

A l'examen clinique il a
phototype 3

Carcinome basocellulaire palpébral inférieur droit/canthus externe de 10*11 mm : programmation biopsie
kératose séborrhéique tempe droite
pas de lésion suspecte corps entier

Conseils de photoprotection

Je reste à votre disposition,
Cordialement,

Pauline BONNET
Signé via DocuSign le 27/07/2023

Centre de Dermatologie Marius AUFAN

108 rue Marius AUFAN - 92300 Levallois-Perret
Secrétariat : centre.levallois@dermae.fr

N° AM :



921719837

N° RPPS :



10101200672

Dr Pauline Bonnet
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Ancienne Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Attachée dans le service de Dermatologie à l'Hôpital Ambroise

Paré, Boulogne

Secrétariat : centre.levallois@dermae.fr

Laboratoire : pauline.bonnet@medical92.apicrypt.org

Le 27 juil. 2023

M. Abderrazak AGALLAL
Né(e) le 10/10/1945

AVENE SOLAIRE SPF50+ SUNSIMED KA Cr FI pompe/80ml

une application tous les matins avant de sortir entre mars et septembre visage oreille décolleté dos des
mains. Renouveler toutes les 6 heures

SVR SUN SECURE EXTREME SPF50+ Cr T/50ml
/2h

ANTHELIOS 100 KA+ MED Cr T pompe/50ml
pour visage, dos des mains et décolleté

Signé via DocuSign le 27/07/2023
Pauline BONNET

Membre d'une association de gestion agréée. En cas d'urgence, contacter le 15.

1/1

3

Centre Médical de Montévrain
19 route de Provins
77144 Montévrain
Tel : 01 64 27 39 67
Port : 06 60 47 76 39
Email : zerbibrobert@gmail.com
Site internet : www.robertzerbib.net

Docteur Robert ZERBIB
*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique-Assistant des Hôpitaux de Paris
Diplômé du Collège de Chirurgie Plastique
Reconstructrice et Esthétique
Membre de la SOF CPRE*
**CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE
ET ESTHETIQUE**

DEVIS CONCERNANT :
UN ACTE CHIRURGICAL PLASTIQUE NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Les examens préopératoires, l'intervention, les prescriptions et l'arrêt de travail ne sont pas couverts par l'Assurance maladie au sens de l'article L. 321-1 du code de la Sécurité Sociale. Tous les frais relatifs à cette intervention sont donc à la charge du patient, et donnent lieu à l'élaboration d'un devis, conformément à l'arrêté du 17.10.96 et du 15.04.97 relatif à la publicité des prix des actes médicaux et chirurgicaux et visée esthétique.

A LA DEMANDE DE : **Monsieur Abderrazak Agallal**
né(e) le 10 octobre 1945

1. NATURE DE L'INTERVENTION : Chirurgie dermatologique

2. CHIRURG EN : Dr Zerbib

L'intervention sera réalisée par le Dr Zerbib compétent en Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique officiellement par le Conseil de l'Ordre des Médecins de Paris sous le numéro 75 1 49452 7 et dont la responsabilité civile professionnelle est garantie par une assurance en cours (). Il pourra être assisté par un ou plusieurs aides opératoires.

3. DATE DE L'INTERVENTION : LIEU : Hôpital Privé de Marne la Vallée
DATE D'ADMISSION : AMBULATOIRE:
DATE DE SORTIE PREVUE : SOIT JOURS D'HOSPITALISATION

4. TYPE D'ANESTHESIE : Neuroleptanalgésie

5. COUTS DES PRESTATIONS NON PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

HONORAIRES CHIRURGIE : 1000 €
HONORAIRES ANESTHESIE : 300 €
FRAIS DE CLINIQUE (bloc opératoire + hospitalisation) : 450 €
MATERIEL IMPLANTE : €

SOIT UN TOTAL DE : 1750 €

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, numéro de série, de lot. Les vêtements de contention, la consultation du médecin anesthésiste, les médicaments et les examens complémentaires pré et post-opératoires ne sont pas compris dans le décompte. Ce même ne sont pas compris le téléphone, la télévision et autres prestations optionnelles demandées par le patient. L'arrêt de travail éventuel (jours) ne pourra donner lieu à délivrance de document pour prise en charge. Ce devis est établi sous réserve d'une éventuelle prolongation de l'hospitalisation, liée à une complication ou au désir du patient ou de la patiente et d'une éventuelle modification des tarifs journaliers d'hospitalisation.
Ce devis comprend, outre l'acte lui-même, les soins post-opératoires et les consultations post opératoires pour une durée de 6 mois.