

Docteur Robert Eskenazi  
Chirurgien-dentiste  
78 Bd. Mirreille Lauze  
13010 Marseille  
0491798582

En complément de notre entretien oral, voici quelques précisions par écrit.  
Avant toute décision de traitement, nous évaluons si votre état général et buccal s'adapte à ce type de traitement.  
Nous ferons un scanner si nécessaire.

Suite à l'examen clinique et radiologique, la décision de pose d'implants sera prise.  
En cas de volume osseux insuffisant, une reconstruction osseuse peut vous être

proposé, qui sera effectuée soit dans la même séance que la pose des implants, soit lors d'une séance précédente.

Pour reconstruire le volume osseux nécessaire à une réhabilitation stable et précise, nous utiliserons soit une greffe d'os autogène, soit un substitut osseux (Bio-oss®).

Les implants endo-osseux posés sous anesthésie locale seront laissés au repos pendant 2 à 3 mois.

En cas de pose de membrane ou de greffe osseuse, cette période sera augmentée.  
Les conditions d'asepsie devant être rigoureuses. Le matériel utilisé sera stérile et à usage unique.  
Les suites opératoires immédiates de ces interventions peuvent être variables d'un patient à l'autre :  
Le seuil de la douleur n'étant pas la même chez chaque patient, des antalgiques vous seront prescrits.  
Une couverture antibiotique sera également indispensable pour éviter une complication infectieuse.

Un œdème post opératoire peut apparaître mais ne signifiera en aucune manière une quelconque complication.  
Un hématome post-chirurgical peut également apparaître. Il ne sera qu'un désagrément esthétique passager.  
La moindre sensibilité au niveau de la gencive devra être signalée à mon dentiste.

Le taux de stabilité de ces racines artificielles est de l'ordre de 95% (taux qui diminue nettement chez les fumeurs).

Si une mobilité apparaît lors du dégagement de l'implant ou peu après pouvant signifier la non ostéointégration de l'implant, il sera déposé et remplacé si aucune contre-indication ne s'y oppose, (soins pris en charge par votre chirurgien dentiste).  
Dans cette éventualité le traitement sera obligatoirement prolongé de quelque mois.

L'hygiène autour de ces racines artificielles devra être la plus efficace possible.  
La pose d'implants nécessite un suivi très rigoureux durant les premières années qui suit la pose de la prothèse faites un contrôle chaque 6 mois,

J'ai lu et j'ai compris ce document , le 02 Septembre 2020

*Lu et approuvé*  
*Blanchard*

# DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2016)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

## Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom : **ESKENAZI Robert**  
Identifiant du praticien RPPS : **10001379451**  
N° de l'habilitation (FINESS) : **134020551**  
Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes**  
**78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille**

Date du devis : **02 Septembre 2020**  
Valable jusqu'au (sous réserve de modifications réglementaires) :  
Ce devis contient 3 pages indissociables  
Description du traitement proposé :

## Identification du patient

Nom et prénom : **BLANCHON HELENE** Date de naissance : **13-07-43**  
N° de Sécurité sociale du patient : **243071305535709**

A remplir par l'assuré et celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire :  
N° de contrat ou d'adhérent :  
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

## Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☒ en France

☐ hors Union Européenne (Pays) :

avec une copie de la réalisation du fabricant sous-traitée :

☐ en France

☐ hors Union Européenne (Pays) :

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité).

## Légende explicative du devis :

\* H/N = Hors Nomenclature, acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

\*\*\* Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

|                       |  |            |                                             |                       |                                                                       |                                |                                     |
|-----------------------|--|------------|---------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Matériaux et normes : |  | 1          | Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874 | 2                     | Résine Dent NF en ISO 22112                                           | 3                              | Céramique Monocouche NF en ISO 4672 |
| Code                  |  | Libellés   |                                             | Conditions tarifaires |                                                                       | Prise en charge complémentaire |                                     |
| 1                     |  | 100% Santé | soumis à honoraires limités de facturation  |                       | sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance |                                |                                     |
| 2                     |  | Mixité     | soumis à honoraires limités de facturation  |                       | selon le contrat du patient                                           |                                |                                     |
| 3                     |  | Libre      | honoraires libres                           |                       | selon le contrat du patient                                           |                                |                                     |
| 4                     |  | CSS        | soumis à honoraires limités de facturation  |                       | pour les assurés affiliés de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)  |                                |                                     |

Identification du chirurgien-dentiste traitant  
Identifiant du praticien : ESKENAZI ROBERT  
N° de rétablissement (INESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : BLANCHON HELENE Date de naissance : 13-07-43  
N° de Sécurité sociale du patient : 243071305535709

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

| N° de traitement | N° dent ou Localisation | Cotation CCAM, NGAP ou acte HNI (*) | Nature de l'acte               | Matériaux utilisés (**) | Panier (***) | Honoraires limite de facturation | Honoraires dont prix de vente du dispositif médical | Base de remboursement AMO | Montant remboursé AMO | Montant non remboursé AMO |
|------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 1                | 14                      | LBLD015                             | Pose d'1 implant intraosseux i | emax                    | H.L.         | 700,00                           | 0,00                                                | 0,00                      | 0,00                  | 700,00                    |
| 2                | 14                      | LAPB002                             | Dégagement et activation d'1   | emax                    | N.P.C.       | 150,00                           | 0,00                                                | 0,00                      | 0,00                  | 150,00                    |
| 3                | 14                      | HBLD012                             | Infrastructure coronaire sur 1 | emax                    | N.P.C.       | 250,00                           | 0,00                                                | 0,00                      | 0,00                  | 250,00                    |
| 4                | 14                      | HBLD418                             | Couronne dentaire implantoport | emax                    | H.L.         | 700,00                           | 107,50                                              | 75,25                     | 0,00                  | 624,75                    |
| Total:           |                         |                                     |                                |                         |              | 1 800,00                         | 107,50                                              | 75,25                     | 0,00                  | 1 724,75                  |

*Blanchon*

Information alternative thérapeutique - en cas de refus à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% honoré au à défaut, il est une alternative modérée et si demandeur pour le patient. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai d'un an.

| Acte sans reste à charge |                         |                               |                  |                         |                               |                                                     |                                                     |                                                           |                                                     |                                    |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|
| N° de traitement         | N° dent ou localisation | Cotation CCAM/NGAP ou acte MN | Nature de l'acte | Matériaux utilisés (**) | Monnaie limite de facturation | Honoraires dont prix de vente du dispositif médical | Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire | Montant remboursement Assurance Maladie obligatoire (***) | Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire | Prélèvement sur votre propre poche |
| Total:                   |                         |                               |                  |                         |                               |                                                     | 0,00                                                | 0,00                                                      | 0,00                                                | 0,00                               |

Signature du Chirurgien-dentiste

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir de soins dentaires.  
Date et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) légal(s)

Lu et approuvé  
M. Pouchard

CLARL DE CHIRURGIENS DENTISTES  
DU BOULEVARD MIREUX LAURE

29, Bd Mireux Laure  
13010 MARSEILLE  
Tél. 04.91 78 85 82  
477 882 688 R.C.S. Marseille