

3247-

SERVIER GERARD
5 rue fernand pauiol
13005 marseille
Date de naissance: 50/07/08
N° sécu.: 150073411103621
Mutuelle: ENTRAIN MUTUELLE
N° de P.E.C. Jenny

Je donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par le Docteur Eskenazi qui a réalisé le bilan clinique, évalué mon état général et buccal, étudié les examens complémentaires et qui m'a informé des autres solutions possibles pour ma réhabilitation buccale. J'ai compris que l'hygiène buccale devra être la plus efficace possible, que le tabagisme est un élément défavorable et que les travaux réalisés nécessitent un suivi très rigoureux durant les premières années.

	DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
1	12-22	LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux	emax	H.L.	1 600,00	0,00	0,00	300	1 300,00
2	12-22	LAPB004	Dégagement et activation de 2	emax	N.P.C.	0,00	0,00	0,00	0	0,00
3	12-22	HBLD017	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	600,00	0,00	0,00	100	500,00
4	12-11-22	HBLD227	Plural IMPLANTOPORTÉ	emax	H.L.	1 650,00	0,00	0,00	0	1 650,00
5	21	HBMD479	inter Cm 1er	emax	H.L.	600,00	0,00	0,00	0	600,00
Total:						4 450,00	0,00	0,00	400,00	4 050,00

Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaires et avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Information complémentaire en cas de pose d'implants:

En cas de pose d'implants, je sais que le taux de stabilité de ces racines artificielles est de l'ordre de 95% (taux qui diminue nettement chez les fumeurs). Les implants endo-osseux posés sous anesthésie locale seront laissés au repos pendant 2 à 3 mois.

En cas de volume osseux insuffisant pour poser un implant, le docteur Eskenazi fera une greffe d'os autogène ou de substitut osseux (Bio-oss®) soit dans la même séance que la pose des implants, soit lors d'une séance précédente.

Le matériel utilisé sera stérile ou à usage unique. Les suites opératoires immédiates de ces interventions peuvent être variables d'un patient à l'autre, un oedème ou hématome post-chirurgical peuvent apparaître mais ne signifiera en aucune manière une quelconque complication.

Je dois respecter l'ordonnance du docteur Eskenazi (antibiotique, antalgiques, anti inflammatoires)

Si l'implant n'est pas ostéointégré, il sera déposé et remplacé si aucune contre-indication ne s'y oppose (soins pris en charge par le docteur Eskenazi). Dans cette éventualité le traitement sera obligatoirement prolongé de quelque mois.

J'ai lu et j'ai compris ce document , le 10 Septembre 2021

NOM, SIGNATURE


SERVIER

SERVIER GERARD
 5 rue fernand pauiol
 13005 marseille
 Date de naissance: 50/07/08
 N° sécu.: 150073411103621
 Mutuelle: ENTRAIN MUTUELLE
 N° de P.E.C. Jenny

3247-

Je donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par le Docteur Eskenazi qui a réalisé le bilan clinique, évalué mon état général et buccal, étudié les examens complémentaires et qui m'a informé des autres solutions possibles pour ma réhabilitation buccale. J'ai compris que l'hygiène buccale devra être la plus efficace possible, que le tabagisme est un élément défavorable et que les travaux réalisés nécessitent un suivi très rigoureux durant les premières années.

	DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
1	15	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	107.50	4,50
2	13	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	107.50	4,50
3	15-14-13	HBLD785	Plural Cm-Cm-Cm avec incisive	emax	R.0	1 465,00	279,50	195,65	1255.37	13,98
4	23	HBMD087	Pilier Cm	emax	H.L.	600,00	107,50	75,25	220.37	304,38
5	24	HBMD087	Pilier Cm	emax	H.L.	600,00	107,50	75,25	220.37	304,38
6	27-26-25	HBLD227	Plural Cm-Cm-Cm- sans incisive	emax	R.M	1 170,00	1 170,00	819,00	572.97	-221,97
7	25	HBLD745	Inlay core pour Rac Mod	emax	R.M	175,00	90,00	63,00	107.50	4,50
8	24	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	230,00	90,00	63,00	112.50	54,50
9	23	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	230,00	90,00	63,00	112.50	54,50
Total:						4 820,00	2 114,50	1 480,15	2 816,58	523,27

Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaires et avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Information complémentaire en cas de pose d'implants:

En cas de pose d'implants, je sais que le taux de stabilité de ces racines artificielles est de l'ordre de 95% (taux qui diminue nettement chez les fumeurs). Les implants endo-osseux posés sous anesthésie locale seront laissés au repos pendant 2 à 3 mois.

En cas de volume osseux insuffisant pour poser un implant, le docteur Eskenazi fera une greffe d'os autogène ou de substitut osseux (Bio-oss®) soit dans la même séance que la pose des implants, soit lors d'une séance précédente.

Le matériel utilisé sera stérile ou à usage unique. Les suites opératoires immédiates de ces interventions peuvent être variables d'un patient à l'autre, un oedème ou hématome post-chirurgical peuvent apparaître mais ne signifiera en aucune manière une quelconque complication.

Je dois respecter l'ordonnance du docteur Eskenazi (antibiotique, antalgiques, anti inflammatoires)

Si l'implant n'est pas ostéointégré, il sera déposé et remplacé si aucune contre-indication ne s'y oppose (soins pris en charge par le docteur Eskenazi). Dans cette éventualité le traitement sera obligatoirement prolongé de quelque mois.

J'ai lu et j'ai compris ce document , le 10 Septembre 2021

NOM, SIGNATURE


 SERVIER

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

Date d'édition : 02/09/2021

ESKENAZI Robert
78 BD. MIREILLE LAUZE
13010 Marseille
Tél: 0491798582
Spécialité: Chirurgien-dentiste
8370

gerard servier
Né(e) le 08/07/1950

Actes	Mat	Dents sélect.	Cotation	Code Regroup.	Base Remb.	Montant Acte
Adjonction Pilier CCM	CME	23	HBMD087	PFC	107.50	600.00 €
Adjonction Pilier CCM	CME	24	HBMD087	PFC	107.50	600.00 €
Pilier CCM-InterCCM-Pilier CCM pour remplacer une autre dent que l'incisive		25 26 27	HBLD227	PF1	279.50	1170.00 €
Inlay-core métal pour prothèse du panier maitrisé	COC	25	HBLD745	IC1	90.00	175.00 €
Inlay-core métal pour prothèse du panier libre	COC	23	HBLD245	ICO	90.00	230.00 €
Inlay-core métal pour prothèse du panier libre	COC	24	HBLD245	ICO	90.00	230.00 €

Montant des honoraires 4820.00 €

Montant de la base de remboursement de la sécurité sociale
Calculé au tarif applicable actuellement (sous réserve de l'accord de la caisse)

Total 1224.00 €

Signature du praticien

Signature du patient ou du (des) représentant(s) légal (légaux)


SERVIER