

RIBERO / BOUZE MIREILLE  
146 route leon lachamp  
13009 marseille  
Date de naissance: 16/01/1971  
N° sécu.: 271011305558262  
Mutuelle: APRIL 01.73.02.93.93

1896

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ref;1896\*

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. |
|--------|---------|-------------------------------|------|--------|--------|--------|-------|------|--------|
| 46     | HBGD027 | Ablation d'une prothèse dent  | emax | H.L    | 50,00  | 0,00   | 0,00  | 0.00 | 50,00  |
| 46     | HBLD073 | Couronne dentaire dentoportée | emax | R.0    | 453,20 | 120,00 | 72,00 | 0.00 | 381,20 |
| 46     | HBLD490 | Provisoire pour Rac 0         | emax | R.0    | 61,80  | 10,00  | 6,00  | 0.00 | 55,80  |
| Total: |         |                               |      |        | 565,00 | 130,00 | 78,00 | 0,00 | 487,00 |

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

J'ai pris contact avec ma mutuelle APRIL 01.73.02.93.93 qui m'a informé des remboursements de l'ensemble de ce devis et de la somme restante à ma charge.

Je dois respecter l'ordonnance du docteur Eskenazi (antibiotique, antalgiques, anti inflammatoires) et les conseils d'hygiène qui m'ont été donnés par le docteur Eskenazi ou l'assistante présente pendant le traitement.

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.

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 24 mars 2026

NOM, SIGNATURE

RIBERO Mireille

