

DUMONTHIER COLETTE
 1281 H CHANTELOUBE ROUTE DU PUIMOISSON
 04500 RIEZ
 Date de naissance: 19/07/1960
 N° sécu.: 260078312601656
 Mutuelle: MUT DU SOLEIL

4132

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ref:4132*

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.
15-25	LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux	emax	H.L.	1 400,00	0,00	0,00	0	1 400,00
15-25	LAPB004	Dégagement et activation de 2	emax	N.P.C.	300,00	0,00	0,00	0	300,00
15-25-22-12	HBLD013	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	1 000,00	0,00	0,00	0	1 000,00
17-16-15-14									
13-12-11-21									
22-23-24-25									
26-27	HBLD030	Prothèse dentaire complète t	emax	H.L.	2 500,00	182,75	109,65	0	2 390,35
15-25	LAQK027	Radiographie volumique par fai	emax	N.P.C.	69,00	0,00	0,00	0	69,00
17-16-15-14									
13-12-11-21									
22-23-24-25									
26-27	HBLD034	BRIDGE provisoire	emax	N.P.C.	500,00	0,00	0,00	0	500,00
Total:					5 769,00	182,75	109,65	0,00	5 659,35

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 MUT DU SOLEIL 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 3 avril 2025

NOM, SIGNATURE

DUMONTIER *celte*
