

GOMIS MARIE CHRISTINE
144 rue de l'olivier
13005 marseille
Date de naissance: 64/05/28
N° sécu.: 264059935248702
Mutuelle: MATMUT
N° de P.E.C. Jessica

2552

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.

à charge 1783? voir doc aggraffé Jess<div>devis n°2 REMIS à la patiente jenny

	DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
1	15-16-17-27	HBLD332	Prothèse amovible définitive	emax	R.M	1 300,00	204,25	142,98	265,52	830,23
2	35-36-46-47	HBLD332	Prothèse amovible définitive	emax	R.M	1 300,00	204,25	142,98	265,52	830,75
3	14	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux i	emax	H.L.	700,00	0,00	0,00	0	700,00
4	14	LAPB002	Dégagement et activation d'1	emax	N.P.C.	150,00	0,00	0,00	0	150,00
5	14	LBLD019	Pose de moyen de liaison sur 1	emax	H.L.	160,00	160,93	112,65	0	-0,93
Total:						3 610,00	569,43	398,60	530,52	2 510,05

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 15 Février 2021

NOM, SIGNATURE

 Lu et approuvé
ne Gomis M.C.

OCIANE Adhérents : 02 35 03 68 68

Devis/1574868/MANSO HELENE

**DEVIS
indicatif**



117.1/1.122 1-1 * 1/1 122

Mme Marie Christine GOMIS
144 RUE DE L OLIVIER
13005 MARSEILLE

Objet : Devis SANS engagement

Bordeaux, le 3 Février 2021

Cher(e) adhérent(e),

Nous avons bien reçu votre demande de renseignement, et vous prions de bien vouloir trouver ci-après, le détail des prestations que nous pourrions vous verser sur la base des informations que vous nous avez communiquées.

Désignation des actes	Date	Dépense	Base de remboursement	Régime obligatoire	Mutuelle Ociane
Pour Marie Christine GOMIS					
PROTHESE AMOV TARIF MAITRISE	02/02/2021	1300,00	204,25	142,98	265,52
PROTHESE AMOV TARIF MAITRISE	02/02/2021	1300,00	204,25	142,98	265,52
IMPLANT DENTAIRE	02/02/2021	700,00	0,00	0,00	350,00
FRAIS NON REMBOURSABLES	02/02/2021	150,00	0,00	0,00	0,00
IMPLANT DENTAIRE	02/02/2021	160,00	160,00	112,00	48,00
Total		3610,00€		397,96€	929,04€

(NB) Pour les devis dentaires : "Dans le cadre des contrats responsables, une fois le plafond global annuel atteint, la prise en charge est de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les actes remboursés par celle-ci.

Dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel cette prise en charge est portée à 125 % pour les prothèses dentaires."

Ce devis vous est donné à titre indicatif et ne saurait valoir engagement de notre part pour le remboursement de ces prestations. Nous attirons votre attention sur le fait qu'il est établi sur la base de votre garantie actuelle. Il devient caduque à la date de fin de cette garantie ainsi qu'en cas de changement de garantie.

Nous vous rappelons que le tiers-payant du Régime Complémentaire est subordonné au tiers-payant du Régime Obligatoire.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, et nous vous prions de croire, Cher(e) adhérent(e), en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Directeur des Services aux Adhérents

GIL DANIEL