



Cabinet Capelette <cabinetdentairecapelette@gmail.com>

Mme. Béatrice GRIMALDI C/ Dr. Robert ESKENAZI

1 message

CDO Bouches du Rhone <bouches-du-rhone@oncd.org>

21 mai 2024 à 10:08

À : "lecentredentaire@gmail.com" <lecentredentaire@gmail.com>, "eskenazirob@gmail.com" <eskenazirob@gmail.com>

Bonjour Docteur ESKENAZI,

Notre Conseil a été saisi d'un courriel de doléances à votre rencontre.

Il s'agit de votre patiente **Madame Béatrice GRIMALDI**.

L'exclusion du caractère juridictionnel de la conciliation fait obstacle à la communication des documents administratifs (la plainte ou les doléances) aux praticiens qu'ils visent.

En conséquence, en vertu de l'Article R.4127-233 du Code de la Santé Publique, nous vous demandons de nous communiquer, **sans délai**, les coordonnées de votre assurance en responsabilité civile professionnelle : **nom de la compagnie, adresse, téléphone ainsi que votre numéro de contrat et/ou de police** que nous transmettrons à votre patiente, afin qu'elle puisse bénéficier d'une expertise amiable.

Il conviendra, bien sûr, que vous déclariez ce litige à votre assurance.

Dans l'attente d'un retour rapide de votre part et vous en remerciant par avance,

Bien à vous,



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES
CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DES BOUCHES-DU-RHÔNE

Christine CORRIAS

Cheffe du Service Administratif

Tél : 04 91 50 12 89 | bouches-du-rhone@oncd.org

162 Rue Consolat – 13001 MARSEILLE

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

www.ordre-chirurgiens-dentistes-13.com/

⚠ Toute modification de situation professionnelle doit nous être signalée sans délai ⚠

GRIMALDI BEATRICE
7 bd pascal
13011 MARSEILLE
Date de naissance: 55/03/22
N° sécu.: 255031305545634
Mutuelle: GROUPAMA

2068

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ref:2068*

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	12-11-21	HBLD785	Plural Cm-Cm-Cm avec incisive	emax	R.0	1 465,00	279,50	167,70	0	1 297,30
2	13	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	72,00	0	428,00
3	22	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	72,00	0	428,00
4	13	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	6,00	0	54,00
5	22	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	6,00	0	54,00
17-16-15-14-23-24-25-26-27-28-29-30-31		HBLD201	Prothèse amovible définitive	emax	R.0	680,00	680,00	408,00	0	272,00
Total:						3 265,00	1 219,50	731,70	0,00	2 533,30

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.

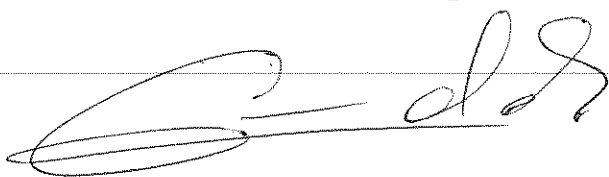
Je dois respecter l'ordonnance du docteur Eskenazi (antibiotique, antalgiques, anti inflammatoires)

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 Novembre 2023

NOM, SIGNATURE

GRIMALDI



GRIMALDI BEATRICE
14 av du char verdun
83160 va valette du var
Date de naissance: 55/03/22
N° sécu.: 255031305545634
Mutuelle: GROUPAMA

2068

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ref;2068*

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	38	HBLD038	1-2-3-4-5-6-7-8 Couronne Méta	emax	R.0	290,00	120,00	84,00	0	206,00
2	38	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	0	112,00
Total:						465,00	210,00	147,00	0,00	318,00

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.

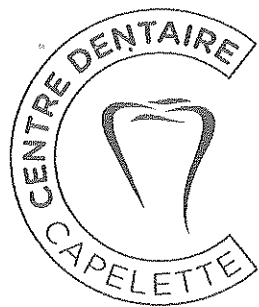
Je dois respecter l'ordonnance du docteur Eskenazi (antibiotique, antalgiques, anti inflammatoires)

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 14 Octobre 2022

NOM, SIGNATURE

GRIMALDI
lu et approuvé

CENTRE DENTAIRE CAPELETTE

78 Bd. Mireille Lauze 13010 MARSEILLE

TEL: 04 91 79 85 82 FAX: 04 91 25 57 81

lecentredentaire@gmail.com

2068

Docteur Robert Eskenazi

Docteur Rudy Duvernoy

Docteur Elsa Solal

Docteur Sophie Durand

Docteur Matthias Lazzaro

GRIMALDI Beatrice
BAT B LES JARDINS DE ST THYS 5 TR
13010 MARSEILLE

mardi 24 octobre 2017

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Je soussigné(e) Beatrice Grimaldi,

donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par mon dentiste

qui a réalisé le bilan clinique et étudié les examens complémentaires

et qui m'a informé des autres solutions possibles pour ma réhabilitation buccale.

Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaires

et avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Fait en double exemplaires à Marseille le 24 octobre 2017

Les soins à tarifs opposés ne sont pas compris dans ce devis.

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.

Identification du chirurgien-dentiste traitant	Dr. Robert Estkenazi
Identifiant du praticien	13 4 0255 1
Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)	S.E.L.A.R.L. de Dentistes Lauze
n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)	47789266500027

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire.

À recevoir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé :

2018-19

2008年12月23日

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 395–402

10. The following are the names of the persons who have been appointed to the various committees of the Board of Directors of the Corporation for the year ending December 31, 1999:

[illegible]

© 1997 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 241: 391–397

100

[illegible][illegible]

100

Lieu de fabrication du dispositif médical : ☒ en France ☐ au sein de l'UE ☐ hors UE Pays :

Lieu de fabrication du dispositif médical : ☒ en France ☐ au sein de l'UE ☐ hors UE ☐ hors UE (Pays) : ☐ avec tout ou partie de la réalisation sous-travaillée : ☒ en France ☐ au sein de l'UE ☐ hors UE (Pays) : ☐ sans sous-travaillance ou fabricant ☐ sous-travaillance

A l'issue du traitement et sur votre demande, il vous sera remis une déclaration de conformité du dispositif médical (contenant notamment les informations sur son marquage et sous sa seule responsabilité)

A l'issue du traitement et sur votre demande, j vous sera remis une déclaration de conformité, qu'il conviendra de joindre au dossier médical.

Description précise et détaillée des actes :									
N° dent ou localisation	Nature de l'acte	Matériel utilisé	(A) Prix de vente ou dépense d'assurance maladie engagée	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C-A-B1-B2) Montant des honoraires	(D) Base de remboursement Assurance Maladie applicable	(E-C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie obligatoire	Réserve à l'honoraire complémentaire
27	prothèse Stellite 8 dents		HBLD470	1142,86	-137,50	-255,36	750,00	247,25	502,75
							750,00	247,25	

↳ proven charge

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement SIGNATURE

Signature du chirurgien-dentiste

son traitement SIGNATURE