



Cabinet Capelette &lt;cabinetdentairecapelette@gmail.com&gt;

**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" &lt;lecentredentaire@gmail.com&gt;, "eskenazirob@gmail.com" &lt;eskenazirob@gmail.com&gt;

Bonjour Docteur ESKENAZI,

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

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](mailto:bouches-du-rhone@oncd.org)

162 Rue Consolat – 13001 MARSEILLE

[www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)

**[www.ordre-chirurgiens-dentistes-13.com/](http://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 | 14-23-24-25-26-27 | 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.

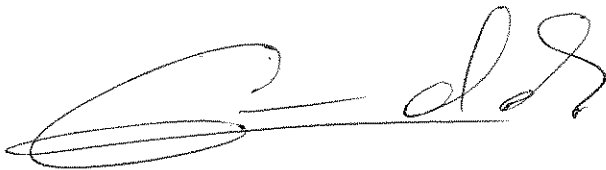
En cas de volume osseux insuffisant pour poser un implant, le docteur Eskenazi fera une greffe d'os autogène ou de substitut osseux (Bio-oss®) soit dans la même séance que la pose des implants, soit lors d'une séance précédente. Le matériel utilisé sera stérile ou à usage unique. Les suites opératoires 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 bris osseux ne sont pas compris dans ce devis

Ce dévis est la propriété du paient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identification du chirurgien-dentiste traitant <b>Dr. Robert Eskenazi</b><br>Identifiant du praticien <b>13 4 0255 1</b><br>Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : <b>S.E.L.A.R.L. de Dentistes Lauze</b><br>n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) <b>47789286600027</b> | Date au décès : <b>24 / 10 / 2017</b><br>Durée de validité : <b>6 mois</b><br>Identification du patient <b>GRIMALDI Beatrice</b><br>Nom et prénom : <b>22 / 03 / 1955</b><br>Date de naissance : <b>255031305545634</b><br>N° de Sécurité sociale de l'assuré : |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

A renvoyer de l'assurance si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire.

Adresse de l'associé

10

**Nom de l'avisaliste commentateur :**

Nom de l'organisme complémentaire - N° de

Nom de l'organisme complémentaire - N° de contrat ou d'adhésion

Référence dossier : à remplir par l'organisme complémentaire :

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

| Dispositions particulières                                 | oui                      | non                      | Si oui lesquelles ? |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| 1. Dispositions particulières de nature législative        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 2. Dispositions particulières de nature réglementaire      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 3. Dispositions particulières de nature administrative     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 4. Dispositions particulières de nature financière         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 5. Dispositions particulières de nature technique          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 6. Dispositions particulières de nature juridique          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 7. Dispositions particulières de nature économique         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 8. Dispositions particulières de nature sociale            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 9. Dispositions particulières de nature culturelle         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 10. Dispositions particulières de nature environnementale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 11. Dispositions particulières de nature sanitaire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 12. Dispositions particulières de nature militaire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 13. Dispositions particulières de nature religieuse        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 14. Dispositions particulières de nature politique         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 15. Dispositions particulières de nature internationale    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 16. Dispositions particulières de nature scientifique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 17. Dispositions particulières de nature artistique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 18. Dispositions particulières de nature historique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 19. Dispositions particulières de nature géographique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 20. Dispositions particulières de nature linguistique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 21. Dispositions particulières de nature ethnographique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 22. Dispositions particulières de nature anthropologique   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 23. Dispositions particulières de nature sociologique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 24. Dispositions particulières de nature psychologique     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 25. Dispositions particulières de nature philosophique     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 26. Dispositions particulières de nature littéraire        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 27. Dispositions particulières de nature musicale          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 28. Dispositions particulières de nature dramatique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 29. Dispositions particulières de nature cinématographique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 30. Dispositions particulières de nature télévisuelle      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 31. Dispositions particulières de nature radiophonique     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 32. Dispositions particulières de nature journalistique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 33. Dispositions particulières de nature éditoriale        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 34. Dispositions particulières de nature scientifique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 35. Dispositions particulières de nature technique         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 36. Dispositions particulières de nature juridique         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 37. Dispositions particulières de nature économique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 38. Dispositions particulières de nature sociale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 39. Dispositions particulières de nature culturelle        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 40. Dispositions particulières de nature environnementale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 41. Dispositions particulières de nature sanitaire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 42. Dispositions particulières de nature militaire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 43. Dispositions particulières de nature religieuse        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 44. Dispositions particulières de nature politique         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 45. Dispositions particulières de nature internationale    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 46. Dispositions particulières de nature scientifique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 47. Dispositions particulières de nature artistique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 48. Dispositions particulières de nature historique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 49. Dispositions particulières de nature géographique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 50. Dispositions particulières de nature linguistique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 51. Dispositions particulières de nature ethnographique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 52. Dispositions particulières de nature anthropologique   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 53. Dispositions particulières de nature sociologique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 54. Dispositions particulières de nature psychologique     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 55. Dispositions particulières de nature philosophique     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 56. Dispositions particulières de nature littéraire        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 57. Dispositions particulières de nature musicale          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 58. Dispositions particulières de nature dramatique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 59. Dispositions particulières de nature cinématographique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 60. Dispositions particulières de nature télévisuelle      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 61. Dispositions particulières de nature radiophonique     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 62. Dispositions particulières de nature journalistique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 63. Dispositions particulières de nature éditoriale        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 64. Dispositions particulières de nature scientifique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 65. Dispositions particulières de nature technique         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 66. Dispositions particulières de nature juridique         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 67. Dispositions particulières de nature économique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 68. Dispositions particulières de nature sociale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 69. Dispositions particulières de nature culturelle        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 70. Dispositions particulières de nature environnementale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 71. Dispositions particulières de nature sanitaire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 72. Dispositions particulières de nature militaire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 73. Dispositions particulières de nature religieuse        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 74. Dispositions particulières de nature politique         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 75. Dispositions particulières de nature internationale    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 76. Dispositions particulières de nature scientifique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 77. Dispositions particulières de nature artistique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 78. Dispositions particulières de nature historique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 79. Dispositions particulières de nature géographique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 80. Dispositions particulières de nature linguistique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 81. Dispositions particulières de nature ethnographique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 82. Dispositions particulières de nature anthropologique   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 83. Dispositions particulières de nature sociologique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| 84. Dispositions particulières de nature psychologique     |                          |                          |                     |

Lieu de fabrication du dispositif médical : ☒ en France ☐ au sein de l'UE, EEE, Suisse ☐ hors UE (Pays) : \_\_\_\_\_

☐ sans sous-traitance ou fabricant ☒ avec tout ou partie de la réalisation sous-traitée : ☒ en France ☐ au sein de l'UE, EEE, Suisse ☐ hors UE (Pays) : \_\_\_\_\_

A l'issue du traitement et sur votre demande, il vous sera remis une déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

| Description précise et détaillée des actes : |                           |                                                                            |                                                          |                                          |                              |                                       |                                                            |                                                                         |                                       |
|----------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| N° d'act ou Localisation                     | Matériaux utilisés        | Couleur NCAIP ou acte non remboursable par l'assurance-maladie obligatoire | (A)<br>Prix de vente ou disposition médicale sur mesure* | (B1)<br>Montant des prestations de soins | (B2)<br>Charges de structure | (C-A-B1-B2)<br>Montant des honoraires | (D)<br>Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire | (E-C-D)<br>Montant non remboursable par l'Assurance Maladie obligatoire | Réservé à l'ordonnance 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 C770

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

Signature du chirurgien-dentiste

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