



2122



AG2R LA MONDIALE

TSA 37001 - 59071 Roubaix cedex 1

www.ag2rlamondiale.fr

Pour tout renseignement, contactez
notre service client

Tél. : 0 969 322 000 (Appel non surtaxé)

Fax : 0 969 322 001 (Appel non surtaxé)

Pensez à vous identifier avec la référence

N° : 32934169



01354400014724031000000370000000000

MME BRAJE HELENE
APPARTEMENT 122
BATIMENT B2 RESIDENCE LA FAUVIER
62 RUE PIERRE DOIZE
13010 MARSEILLE

Marseille, le 04/10/2024

Réponse à votre devis pour prothèses dentaires et soins dentaires afférents

N° FINESS :

Référence externe :

Bénéficiaire des soins

Nom : BRAJE

Prenom : HELENE

Contrat : 59281867

Risque garanti : Maladie

montants en euros

N° dent ou zone	Nature de l'acte	Cotation régime obligatoire	qté	Acte non remboursé par l'assurance Maladie	Honoraires	Base remboursement régime obligatoire	Remboursement			Reste à charge assuré
							Régime obligatoire	1 ère mutuelle	Notre prise en charge	
15 16 17	Prothèses dentaires provisioires	PDT	1	x	250,00	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00
15 16 17	Prémolaires	PRO73	1		1 600,00	279,50	167,70	0,00	670,80	761,50
Total					1 850,00	279,50	167,70	0,00	670,80	1 011,50

Le montant de notre remboursement est donné à titre indicatif selon les renseignements du devis fourni et en fonction de la situation du bénéficiaire et de ses garanties à ce jour. Il prend en compte les honoraires limites de facturation visés par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 mettant en oeuvre la réforme du « 100% santé ». En cas de garantie limitée à un crédit annuel, le remboursement indiqué ne tient pas compte des équipements non réglés à ce jour.

Vout le consentement :

Braje

BOUDJIT LINDA

10 bd daumas

13005 Marseille

Date de naissance: 14/02/1990

N° sécu.: 290029402203054

Mutuelle: GAN

3849

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ref;3849*

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	HBLD350	1-2-3-4-5 Couronne dentaire de	emax	R.0	440,00	120,00	72,00	0	368,00
15	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	6,00	0	54,00
Total:					500,00	130,00	78,00	0,00	422,00

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 Février 2025

NOM, SIGNATURE