

FELTANE MALIKA
12 RUE GARNIER
13010 MARSEILLE

3646

Date de naissance: 1961/04/04

N° sécu.: 261049935502916

Mutuelle: SOLMUT MUTUELLE DE FRANCE

N° de P.E.C. Gabrielle

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	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	416,00	0,00
2	21	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	× 60,00	10,00	7,00	53,00	0,00
3	12	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	× 60,00	10,00	7,00	53,00	0,00
4	24	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	112,00	0,00
5	24	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	× 60,00	10,00	7,00	53,00	0,00
6	22	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	× 60,00	10,00	7,00	53,00	0,00
7	11	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	× 60,00	10,00	7,00	53,00	0,00
8	11	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	416,00	0,00
9	21	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	416,00	0,00
10	22	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	416,00	0,00
11	24	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	416,00	0,00
Total:						2 975,00	740,00	518,00	2 457,00	0,00

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 26 Août 2021

NOM, SIGNATURE

Feltane Malika
lu et compris par Eskenazi