

MONSIEUR SADOUX CLAUDE

AGENCE CSMR
SERVICE CSMR
TSA 21123
06709 ST LAURENT DU VAR CEDEX
Tel : 08 00 00 50 45

13 SQUARE HOPKINSON
13004 MARSEILLE

Dossier suivi par : MALEK Aicha

Marseille, le 21/09/2020

N° contrat : 2427 - N° SS : 1381013055028
Bénéficiaire des soins : SADOUX CLAUDE

Monsieur,

Nous faisons suite à votre demande de devis. Nous vous informons que l'estimation mentionnée ci-dessous est donnée à titre indicatif et n'a pas de valeur contractuelle.

Nos remboursements dépendent :

- ☒ de la prise en charge effective par votre organisme d'Assurance Maladie Obligatoire CAMIEG (AMO),
- ☒ de l'ouverture de vos droits aux prestations à la date de prise en charge par la CAMIEG ou à défaut à la date de facturation,
- ☒ des prestations dont vous bénéficiez, à cette date, au titre de votre garantie CSM Retraités + votre option SECURITE ou CONFIANCE éventuellement souscrite (Montant mutuelle),
- ☒ des sommes qui vous ont déjà été remboursées pour les prestations exprimées dans la limite d'un plafond annuel ou sous forme de forfaits, ou des sommes susceptibles d'être versées par le régime complémentaire CAMIEG, données à titre indicatif (Montant Autre.mut),
- ☒ de la stricte adéquation entre les prestations fournies et facturées, et celles communiquées sur le devis du professionnel de santé, ainsi que de la qualité et de la précision des informations portées sur le devis par votre praticien,
- ☒ de l'adhésion du praticien au Contrat d'Accès aux Soins* (CAS) ou au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Rappel soins à l'étranger : Le remboursement des soins effectués à l'étranger est assuré dans la limite de la garantie souscrite et sous réserve de la prise en charge préalable de l'assurance maladie obligatoire. Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

N° Dent	Acte	Mat	Profil Tiers	CAS	Montant Dépense	Base AMO	Taux AMO	Montant AMO	Montant autre mut.	Montant AMC	Reste à charge
33	BBLD785 Pose d'une prothèse plu...	00	LIB	Non	1 465,00	279,50	70	195,65	1 187,88	81,47	0,00
31	HEMD490 Adjonction 1er élément ...	00	LIB	Non	400,00	0,10	0	0,00	0,00	160,00	240,00
42	HEMD087 Adjonction ancrage céra...	00	LIB	Non	600,00	107,50	70	75,25	456,88	67,87	0,00
41	HEMD087 Adjonction ancrage céra...	00	LIB	Non	600,00	107,50	70	75,25	456,88	67,87	0,00
					3 065,00	494,60		346,15	2 101,64	377,21	240,00

Ce devis est valable pour l'année civile en cours. Il est à renouveler si les actes sont pratiqués sur l'année suivante.

* A défaut d'information, le calcul se fera sur la base de remboursement des médecins n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux Soins ou n'ayant pas signé le dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Le profil tiers indique la nature du tiers professionnel : LIBéral, Organisme Santé Mutualiste, HOPital, ou SEH : soins externes.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information et vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations mutualistes.

Le Représentant de la Mutuelle

SERVICE CSMR TSA 21123 06709 ST LAURENT DU VAR CEDEX

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 383143617, adhérente à l'Union Mutualiste de Groupe SOLIMUT, union régie par les dispositions du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 539 793 885.

SADOUX CLAUDE
 13 square hopkinson
 13004 marseille
 Date de naissance: 38/10/04
 N° sécu.: 138101305502802
 Mutuelle: CAMIEG
 N° de P.E.C. Jenny

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	33-32-43	HBLD785	Plural Cm-Cm-Cm avec incisive	emax	R.O	1 465,00	279,50	195,65	0	1 185,50
2	31	HBMD490	inter M 1er	emax	H.L.	400,00	0,00	0,00	0	400,00
3	42	HBMD087	Pilier Cm	emax	H.L.	600,00	107,50	75,25	0	492,50
4	41	HBMD087	Pilier Cm	emax	H.L.	600,00	107,50	75,25	0	492,50
Total:						3 065,00	494,50	346,15	0,00	2 570,50

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 05 Novembre 2020

NOM, SIGNATURE

SADOUX Claude
