

Docteur Robert Eskenazi
Chirurgien-dentiste
78 Bd. Mirreille Lauze
13010 Marseille
0491798582

En complément de notre entretien oral, voici quelques précisions par écrit.
Avant toute décision de traitement, nous évaluons si votre état général et buccal s'adapte à ce type de traitement.
Nous ferons un scanner si nécessaire.

Suite à l'examen clinique et radiologique, la décision de pose d'implants sera prise.
En cas de volume osseux insuffisant, une reconstruction osseuse peut vous être

proposé, qui sera effectuée soit dans la même séance que la pose des implants, soit lors d'une séance précédente.

Pour reconstruire le volume osseux nécessaire à une réhabilitation stable et précise, nous utiliserons soit une greffe d'os autogène, soit un substitut osseux (Bio-oss®).

Les implants endo-osseux posés sous anesthésie locale seront laissés au repos pendant 2 à 3 mois.

En cas de pose de membrane ou de greffe osseuse, cette période sera augmentée.
Les conditions d'asepsie devant être rigoureuses. Le matériel utilisé sera stérile et à usage unique.
Les suites opératoires immédiates de ces interventions peuvent être variables d'un patient à l'autre :
Le seuil de la douleur n'étant pas la même chez chaque patient, des antalgiques vous seront prescrits.
Une couverture antibiotique sera également indispensable pour éviter une complication infectieuse.

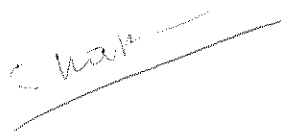
Un œdème post opératoire peut apparaître mais ne signifiera en aucune manière une quelconque complication.
Un hématome post-chirurgical peut également apparaître. Il ne sera qu'un désagrément esthétique passager.
La moindre sensibilité au niveau de la gencive devra être signalée à mon dentiste.

Le taux de stabilité de ces racines artificielles est de l'ordre de 95% (taux qui diminue nettement chez les fumeurs).

Si une mobilité apparaît lors du dégagement de l'implant ou peu après pouvant signifier la non ostéointégration de l'implant, il sera déposé et remplacé si aucune contre-indication ne s'y oppose, (soins pris en charge par votre chirurgien dentiste).
Dans cette éventualité le traitement sera obligatoirement prolongé de quelque mois.

L'hygiène autour de ces racines artificielles devra être la plus efficace possible.
La pose d'implants nécessite un suivi très rigoureux durant les premières années qui suit la pose de la prothèse faites un contrôle chaque 6 mois,

J'ai lu et j'ai compris ce document , le 10 Septembre 2020


Bon pour accord

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2018)

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. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom : **ESKENAZI Robert**
Identifiant du praticien PEPs : **10001379451**
N° de l'établissement (FINESS) : **134020551**
Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes**
78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : **24 Août 2020**
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :
Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **VULLIET** **THI SONG CHA MARIE** : **07-10-54**
N° de Sécurité sociale du patient : **157121305539396**

A renvoyer par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuelle prise en charge selon son contrat.

Nom de l'organisme complémentaire :
N° de contrat ou d'adhésion :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☒ en France

☐ au sein de l'Union Européenne

☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée :

☐ en France

☐ au sein de l'Union Européenne

☐ hors Union Européenne (Pays) :

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

Légende explicative du devis :

* HN = Hors Nomenclature, acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge déductive est définie à la date de réalisation de l'acte.

Matériaux et normes :			
1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674	2	Résine Dent NF en ISO 22112
3	Dentique Normative NF en ISO 5873		

Paiement	Codes		Libellés		Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire	
	1	100%	Samé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable			
	2	Mixé	Mixé	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient			
	3	Libre	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient			
Paiement CSS	4	CSS	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurances complémentaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)			

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien : **ESKENAZI ROBERT**
N° de reconnaissance (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : **VULLIET** **THI SONH** @ **ORFÈVRES** : 07-10-54
N° de Sécurité sociale du patient : 157121305539396

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, HGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Patient (*)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	14-15	LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux	emax	H.L.	1 400,00	0,00	0,00	1 300,00	100,00
2	14-15	HBLOD17	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00
3	14-15	LAPB004	Dégagement et activation de 2	emax	N.P.C.	300,00	0,00	0,00	0,00	300,00
4	15	HBLOD418	Couronne dentaire implantoport	emax	H.L.	700,00	107,50	75,25	354,75	270,00
5	14	HBLOD418	Couronne dentaire implantoport	emax	H.L.	700,00	107,50	75,25	354,75	270,00
Total:						3 600,00	215,00	150,50	2 009,50	1 440,00

Choir

Bon pour accord

Information alternative thérapeutique = est une information sur des alternatives thérapeutiques (80%). Son rôle n'est d'être, à elle-même, alternative médicale et sa diffusion par le praticien, son adresse et lieu et son caractère préventif, précoce et complet, ainsi qu'elle l'est.

Actes sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM, NAGP ou autre	Nature de l'acte	Matériau utilisé (°°)	Honoraires limite de facturation	Remboursement direct par le service du matériel médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (°°°)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Restant payé par votre praticien
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le parti non sono rappresentate in modo integrale, infatti, nel corso del loro trattamento, si sono registrate alcune variazioni nel numero di esemplari di ciascuna specie (tab. 1).

Department of Chemistry

0122

Bar Pour de Corps

CLAUDE CHIRURGIE DES DENTISTES DU BOULEVARD MIREUX LAURE

Ed Hinkel

30 MILE

719 65 62

477 352 545 H.C.5. 11313870

Pour nous contacter :

Unité de gestion n° UG 38
Unité de Gestion n° 38 , 1 RUE MARCEL PAUL , 44097
NANTES CEDEX 1
T +33(0)2 51 88 76 38
F +33(0)2 51 88 76 40
ug38@henner.fr

Références à rappeler pour toute correspondance :

Assuré : **2541099243509**

Contrat client : **SIPR**

MADAME THI SONG VULLIET
17 RUE SAINT ELOI
13010 MARSEILLE

DEVIS

Assuré : **2541099243509**

Concerne : **THI SONG VULLIET**

Contrat client : **HEN 346 1066 01**

Dossier n° **10301157** créé le **26/08/2020**

Valable jusqu'au **26/11/2020**

Nantes, le 27 août 2020

Madame,

Comme suite à votre demande, je vous communique ci-dessous notre estimation pour les frais dentaires que vous envisagez d'engager.

Cette évaluation, établie à titre indicatif, n'a pas de caractère contractuel.

Ce devis est calculé indépendamment des estimations antérieures et ne se cumule pas.

Ce devis ne tient pas compte des estimations antérieures pour l'application des éventuelles limites prévues au titre de votre contrat, il vous appartient de vous référer à votre guide pratique. Par ailleurs, les devis réalisés séparément ne sont pas cumulables.

	DÉPENSES	ASSURANCE MALADIE	RESTE À CHARGE ASSURÉ	MONTANT DE NOTRE RÈGLEMENT
Implants	700,00 EUR	0,00 EUR	50,00 EUR	650,00 EUR
No Dents : 15				
Implants	250,00 EUR	0,00 EUR	250,00 EUR	0,00 EUR
No Dents : 15				
Actes de chirurgie	300,00 EUR	0,00 EUR	300,00 EUR	0,00 EUR
No Dents : 14-15				
Implants	700,00 EUR	75,25 EUR	270,00 EUR	354,75 EUR
No Dents : 15				
Implants	700,00 EUR	75,25 EUR	270,00 EUR	354,75 EUR
No Dents : 14				
Implants	700,00 EUR	0,00 EUR	50,00 EUR	650,00 EUR
No Dents : 14				
Implants	250,00 EUR	0,00 EUR	250,00 EUR	0,00 EUR
No Dents : 14				
TOTAL	3 600,00 EUR	150,50 EUR	1 440,00 EUR	2 009,50 EUR

Merci de joindre ce papillon à votre prochain envoi afin de permettre un traitement rapide de votre dossier

Assuré : 2541099243509

Unité de gestion : UG 38

Contrat client : SIPR

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien ESKENAZI ROBERT
N° de Résidement (FINESSE) :

Identification du patient

Nom et prénom : VULLIET
N° de Sécurité sociale du patient : 157121305539396

THI SOMIE d'habilitation : 07-10-54

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, MGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Panier (*)	Montant limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	14-15	LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux	emax	H.L.	1 400,00	0,00	0,00	0,00	1 400,00
2	14-15	HBLD017	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00
3	14-15	LAPB004	Dégagement et activation de 2	emax	N.P.C.	300,00	0,00	0,00	0,00	300,00
4	15	HBLD418	Couronne dentaire implantaire	emax	H.L.	700,00	107,50	75,25	0,00	624,75
5	14	HBLD418	Couronne dentaire implantaire	emax	H.L.	700,00	107,50	75,25	0,00	624,75
Total:						3 600,00	215,00	150,50	0,00	3 449,50

1340 de 554