

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

3467

35-37 -

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.

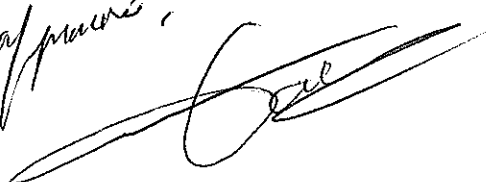
Un œdème post opératoire peut apparaître mais ne signifiera en aucune manière une quelconque complication.
Un hématome post-chirurgical peut également apparaître. Il ne sera qu'un désagrément esthétique passager.
La moindre sensibilité au niveau de la gencive devra être signalée à mon dentiste.

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 07 Septembre 2020

lu et approuvé.


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 RPPS : 10001379451
N° de l'établissement (FINESS) : 134020551
Raison sociale et adresse : SELARL de Chirurgiens dentistes
78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : 02 Juillet 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 : TACHON PIERRE Date de naissance : 1952-01-17
N° de Sécurité sociale du patient : 152019380262501

A remplir par l'assuré et celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à 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 :

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

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 définitive est définie
à la date de réalisation de l'acte.

Modèles et normes :	
1	Attesté Non Préexistant CoCr - NF en ISO 22874

Attesté Non Préexistant CoCr - NF en ISO 22874	
2	Résine Dentaire en ISO 22112

Résine Dentaire en ISO 22112	
3	Céramique Nonfonctionnelle NF en ISO 4672

Céramique Nonfonctionnelle NF en ISO 4672	
3	

Codes		Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire	
Paiement	1	100% Sans	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance	
	2	Mixte	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient	
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient	
Paiement CSS	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés non-bénéficiaires du régime obligatoire (CSS)	

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : TACHON PIERRE Date de naissance : 1952-01-17
N° de Sécurité sociale du patient : 152019380262501

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes.										
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	35-37	LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux	emax	H.L.	1 400,00	0,00	0,00	0,00	1 400,00
2	35-37	LAPB004	Dégagement et activation de 2	emax	N.P.C.	300,00	0,00	0,00	0,00	300,00
3	35-37	HBLD017	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00
4	35-36-37	HBLD227	Plural Cm-Cm-Cm- sans incisive	emax	R.M	1 600,00			0,00	1 404,35
Total:						3 800,00	900	0,00	0,00	3 604,35

Dr. J. Appareil

Information alternative thérapeutique - en cas de refus à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques (OAP) doit être donnée au patient, et ce avant de commencer le traitement. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans les deux cas.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation (C.A.M.N.S.A.P. ou acte P.N.)	Nature de l'acte	Matériau utilisé (°°)	Montants hors taxes de l'acte de facturation	Montants dans prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (°°)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résidu par votre praticien
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant (selon modalités) a été informé de son droit de refus (refus) et a signé (refus) le présent acte.

Signature du Chirurgien-dentiste

Dr. J. J. J. J.

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE

73, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 78 45 82
477 892 688 R.C.S. Marseille