

POL MONIQUE
 RES SUD PARC 19 RUE D
 13010 MARSEILLE
 Date de naissance: 41/11/14
 N° sécu.: 241119211029440
 Mutuelle: ENTRAIN MUTUELLE

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.

a charge 999.00? prix d ami on a enlevé 200?

	DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
1	25-25-25	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux i	emax	H.L.	800,00	0,00	0,00	300,00	500,00
2	25	LAPB002	Dégagement et activation d'1	emax	N.P.C.	0,00	0,00	0,00	0	0,00
3	25	HBLD012	Infrastructure coronaire sur 1	emax	N.P.C.	200,00	0,00	0,00	0	200,00
4	25	HBLD403	1-2-3-4-5-6--8 Couronne Cc	emax	H.L.	600,00	107,50	75,25	225,75	266,75
Total:						1 600,00	107,50	75,25	525,75	966,75

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 02 Novembre 2020

NOM, SIGNATURE

Lu et approuvé
[Signature]

**RÉSEAU CHIRURGIENS-DENTISTES PARTENAIRES**

7 Mail Pablo Picasso
44046 Nantes CEDEX 1

0 810 000 227 Service 0,06 € / min + prix appel

Date de l'édition : 10/09/2020

Société : Mutuelle Entrain

Dispense d'avance de frais RO: MUTENT

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : POL Date de naissance : 14/11/1941 Régime social : Régime général Prénom : Monique
Assuré	N° de contrat santé : 423352 Nom : POL Date de naissance : 12/05/1937 Adresse : M. POL ROLAND 179 AVENUE DES POILUS 83110 SANARY-SUR-MER Prénom : Roland
Praticien	ESKENAZI Robert 78 BD. MIREILLE LAUZE 13010 Marseille

A facturer sur le portail Santéclair dès la remise de la feuille de soin avant la date de fin de validité de l'accord

Réseau Chirurgiens-Dentistes Partenaires: Accord de prise en charge D.A.F.

Numéro de dossier : T202009080802SIA
Date de création du dossier : 08/09/2020

Calcul à la date du 08/09/2020
Cet accord est valable jusqu'au 07/12/2020

Nature de l'acte	Code Gestion	Cotation	Montant dépendance en €	Prix Unitaire SS en €(*)	Montant Rém. SS en €	Montant DAF RC	Mt à charge en €
1 Implant	IMP	LBLD015	800,00	0,00	0,00	300,00	500,00
1 pilier implantaire	IMP	HBLD012	200,00	0,00	0,00	0,00	200,00
Couronne sur implant	IMP	HBLD418	600,00	107,50	75,25	225,75	299,00
TOTAL			1600,00 €	107,50 €	75,25 €	525,75 €	999,00 €

* Sous réserve de prise en charge par la Sécurité Sociale

Note d'honoraires subrogatoire

N° Identification : 134020551	Payable par :
Date de fin des soins :	Nom de la banque : Société Marseille de Crédit
N° note d'honoraires :	BIC : SMCTFR2AXXX
Date note d'honoraires :	IBAN : FR76 3007 7049 1011 4775 0020 030
Montant remboursable : 525,75	

MUTUELLE ENTRAIN COLLECTIF - Code Centre : ENTRAIN

Coordonnées du praticien ESKENAZI Robert 78 BD. MIREILLE LAUZE 13010 Marseille Tel : 0491798582 Fax :	Cachet et signature du praticien	Partie réservée à l'assuré Je reconnais avoir reçu les soins ci-dessus et bénéficié de la dispense d'avance de frais sur la part de remboursement accordée par mon contrat complémentaire santé. Date et Signature de l'assuré
--	-------------------------------------	---

Le remboursement des prestations par la Complémentaire Santé exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. Tout professionnel de santé peut exercer ses droits Informatique et Libertés (accès, rectification, effacement, limitation du traitement, portabilité, et droit d'opposition pour des motifs légitimes) auprès de Santéclair.

Mutuelle Entrain - 5, boulevard Camille Flammarion - 13001 MARSEILLE MUTUELLE RÉGIE PAR LE LIVRE II DU CODE LA MUTUALITÉ, INSCRITE AU SIREN SOUS LE NUMÉRO 775 558 778