

OUABBOU/HAMADOUCHE KAHINA
72 BVD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE
Date de naissance: 89/01/17
N° sécu.: 289011305558352
Mutuelle: santeclair

3390

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ref;3390*

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	47	HBLD158	5-6-7-8 Couronne E-max	emax	R.M	550,00	120,00	84,00	466,00	0,00
2	47	HBLD745	Inlay core pour Rac Mod	emax	R.M	175,00	90,00	63,00	112,00	0,00
3	47	HBLD724	Provisoire pour Rac Mod	emax	R.M	60,00	10,00	7,00	53,00	0,00
Total:						785,00	220,00	154,00	631,00	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.

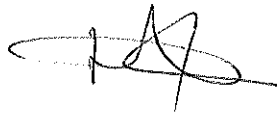
Je dois respecter l'ordonnance du docteur Eskenazi (antibiotique, antalgiques, anti inflammatoires)

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 10 Mars 2022

NOM, SIGNATURE

Hamadouche Kahina



**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 : 08/02/2022

Société : CPMS

Dispense d'avance de frais RO: CPMS

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : HAMADOUCHE Date de naissance : 17/01/1989 Régime social : Régime général Prénom : KAHINA
Assuré	N° de contrat santé : 00678840 Nom : HAMADOUCHE Date de naissance : 17/01/1989 Prénom : KAHINA Adresse : Mme HAMADOUCHE KAHINA 72 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE 10EME ARRONDIS
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 : T202202080805SIA
Date de création du dossier : 08/02/2022Calcul à la date du 08/02/2022
Cet accord est valable jusqu'au 09/05/2022

Nature de l'acte	Code Gestion	Cotation	Montant dépense en €	Prix Unitaire SS en €(*)	Montant Remb. SS en €	Montant DAF RC	Mt à charge en €
Couronne céramisée non zircone	PF1	HBLD158	550.00	120.00	84.00	466.00	0.00
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	60.00	63.00	112.00	0.00
Couronne provisoire	CT1	HBLD724	60.00	10.00	7.00	53.00	0.00
TOTAL			785.00 €	220.00 €	154.00 €	631.00 €	0.00 €

* Sous réserve de prise en charge par la Sécurité Sociale

Note d'honoraires subrogatoire

N° identification :	13402051	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 :	631.00		

CPMS COLLECTIF - Code Centre : UG1

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

Bon pour accord

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 d'information et de Libertés (accès, rectification, effacement, limitation du traitement, portabilité, et droit d'opposition pour des motifs légitimes) auprès de Santéclair.

CPMS SA - Société de Gestion et de Courtage d'Assurance au capital de 4 429 000 € - 5, Rue Geoffroy Marie 75009 PARIS <http://www.cpm.fr> - RC PARIS B 97 B 14894 - SIRET 414 357 889 00040 - Inscrit auprès de l'ORIAS sous le N° 07 001 007 Garantie Financière et RC Professionnelle conformes aux articles L 630-1 et L 630-2 du Code des Assurances.