

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 suivent la pose de la prothèse faites un contrôle chaque 6 mois,

J'ai lu et j'ai compris ce document , le 28 Juillet 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 RPPS :
 N° de l'établissement (FINESS) :
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes 78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille**

Date du devis : **16 Mars 2020**
 Valable jusqu'au : **soins réservés de modification réglementaire** :
 Ce devis contient **3** pages indissociables.
 Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **LAABIDI MOHAMED** Date de naissance : **20-08-1988**
 N° de Sécurité sociale du patient : **188089935143276**

A remplir par l'assuré ou 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) :**
 Avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée : ☐ **hors Union Européenne (Pays) :**
☐ **sans sous-traitance du fabricant** ☐ **en France** ☐ **du 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 Normalisation**, acte non décrit dans la nomenclature en vigueur.
 *** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont indiqués, la prise en charge définitive est déclinée à la date de réalisation de l'acte.

Matières et normes :			
1	ALLIAGE Non Précieux CoCr- Ni en ISO 22674	2	Résine Dent NF en ISO 22112
3	Céramique Monocouche NF en ISO 6872		
Codes		Conditions tarifaires	
		Prix en charge complémentaire	
1	100% Soins	soins à honoraires limités de sécu	soins restés à charge, s'ile patient déposé d'un contrat de responsabilité
2	Modèle	soins à honoraires limités de sécu	selon le contrat du patient
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
4	CNS	soins à honoraires limités de sécu	pour les assurés affiliés au Régime Général de Sécurité Sociale (CGSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : **LAABIDI MOHAMED** Date de naissance : **20-08-1988**
N° de Sécurité sociale du patient : **188089935143276**

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HM (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Partier (****)	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 24	LAPB004	Dégagement et activation de 2	emax	N.P.C.	300,00	0,00	0,00	0,00	300,00
2	14 24	LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux	emax	H.L.	1 000,00	0,00	0,00	0,00	1 000,00
3	14 24	HBLD017	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00
4	1414	HBLD418	Couronne dentaire implantoport	emax	H.L.	700,00	107,00	74,90	0,00	625,10
5	24	HBLD418	Couronne dentaire implantoport	emax	H.L.	700,00	107,00	74,90	0,00	625,10
Total:						3 200,00	214,00	149,80	0,00	3 050,20

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge financière, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% sans ou à faible coût est donnée. Il s'agit d'une information de plus de traitement envisagé, alors que des alternatives

Actes sans reste à charge									
N° de traitement	N° dent ou localisation	Codification C.N.A.M. MARS ou autre	Nature de l'acte	Matières utilisées (gros)	Matériaux de fabrication	Proportions dont pris en charge par le patient (gros)	Base de calcul du coût	Montant à payer (gros)	Montant à payer par le patient
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir son traitement
Date et signature du patient ou du représentant légal (signature)

Signature du Chirurgien-dentiste

[Signature]

BON POUR accord

**CARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIRÈME LAUZE**

79, Bd Mirèze LAUZE
13010 MARSEILLE
Tél. 06.81 79 85 82
477 882 588 R.C.S. Marseille

[Signature]