

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.

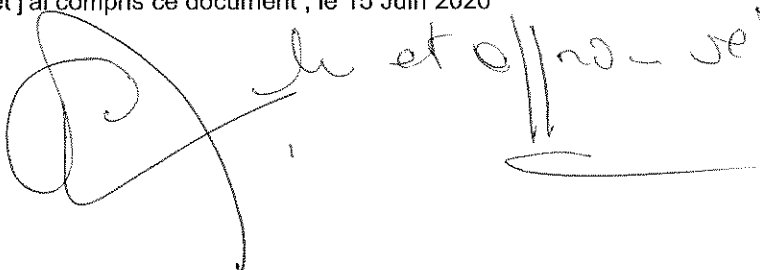
Un œdème post opératoire peut apparaître mais ne signifiera en aucune manière une quelconque complication.
Un hématome post-chirurgical peut également apparaître. Il ne sera qu'un désagrément esthétique passager.
La moindre sensibilité au niveau de la gencive devra être signalée à mon dentiste.

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 15 Juin 2020

 et offrande

Information alternative thérapeutique - en cas de refus d'urgence, nous informons sur des alternatives thérapeutiques disponibles. Sans préjudice de la responsabilité de l'assurance maladie, nous informons que l'absence de remboursement n'est pas une garantie de l'absence de prise en charge. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai raisonnable.

Acte sans reste à charge									
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM/MSAP ou acte FN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Montants limite de facturation	Montants dont pris en charge par l'assurance maladie	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Reste à charge pour votre part
1	45-45-44	HBLD452	Pose d'une prothèse amovible	emax	715,00	715,00	215,00	150,50	564,50
Total:								150,50	564,50

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de signer un formulaire de refus d'urgence, nous informons que l'absence de remboursement n'est pas une garantie de l'absence de prise en charge.

Dr et offrande

Signature du Chirurgien-Dentiste

CHARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIRHEE LAUZE

70, Bd Mirheé Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 892 609 R.C.S. Marseille

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 : **15 Juin 2020**

Valable jusqu'au : (seuls réserves de modification réglementaire) :

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **GIROUD** **JEANERAN** **naissance : 18.08.52** --
 N° de Sécurité sociale du patient : **152082636206268**

A renvoyer par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel remboursement 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 :

- MN = Mots Nomenclature,

soit non décrit dans la nomenclature en vigueur

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

Mots ou sigles utilisés :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoC - NF en ISO 22674	Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monocouche NF en ISO 6872
		Conditions tarifaires		
		Prise en charge complémentaire		
Codes		1	2	3
100% Sans		soins à honoraires limités de facturation		
2		soins à honoraires limités de facturation		
3		soins à honoraires limités de facturation		
4		soins à honoraires limités de facturation		

Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant du praticien : ESKENAZI ROBERT
N° de Relevé (INESS) :

136020551

Identification du patient
Nom et prénom : GIROUD
N° de Sécurité sociale du patient : 152082636206268
JEANESSEALGANCE : 18.08.52

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NCAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Parier (*)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	47-46	HBLD017	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	600,00	0,00	0,00	0,00	600,00
2	47-46	LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux	emax	H.L.	1 200,00	0,00	0,00	0,00	1 200,00
3	47-46-47-46	LAPB004	Dégagement et activation de 2	emax	N.P.C.	200,00	0,00	0,00	0,00	200,00
4	47	HBLD418	Couronne dentaire implantoport	emax	H.L.	700,00	107,50	75,25	0,00	624,75
5	46	HBLD418	Couronne dentaire implantoport	emax	H.L.	700,00	107,50	75,25	0,00	624,75
6	46-45-44	HBMA006	Ostéoplastie d'une alvéole d	emax	H.L.	300,00	0,00	0,00	0,00	300,00
Total:						3 700,00	215,00	150,50	0,00	3 549,50

Devande) Esthétique
Cordobalement