

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

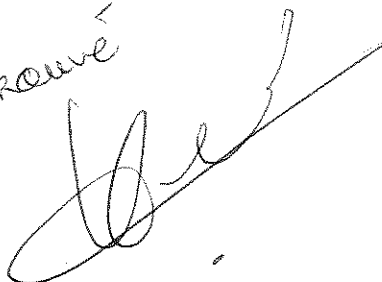
3454 —

Je soussigné(e) MANON KARYDES

donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par mon dentiste qui a réalisé le bilan clinique et étudié les examens complémentaires et qui m'a informé des autres solutions possibles pour ma réhabilitation buccale.

Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaires et avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Fait en double exemplaires à Marseille le

lu et approuvé


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 07 Juillet 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 :
 N° de l'établissement (FINESS) :
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes 78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille**

Date du devis : **06 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 : **KARYDES MANON** Date de naissance : **1992-03-24**
 N° de Sécurité sociale du patient : **29203131562004**

A renvoyer par l'assuré si 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 :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☐ en France

☐ en France

☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ 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).

Légenda 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 dévolutive est définie à la date de réalisation de l'acte.

Matériau et nom		1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874	2	Résine Dent NF en ISO 22112	3	Céramique Monolithe NF en ISO 9872
Codes		Libellés		Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire	
1		100% Santé		soumis à honoraires limités de facturation		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance	
2		Modéré		soumis à honoraires limités de facturation		selon le contrat du patient	
3		Libre		honoraires libres		selon le contrat du patient	
Payeur CSS		4		CSS		pour les assurés affiliés à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	

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

Identification du patient

Nom et prénom : KARYDES MANON Date de naissance : 1992-03-24
N° de Sécurité sociale du patient : 292031315562004

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes.

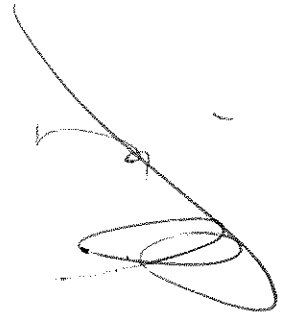
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	21	HBMA004	Régénération parodontale +	emax	N.P.C.	250,00	0,00	0,00	0,00	250,00
Total:						250,00	0,00	0,00	0,00	250,00

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge (ventuel), une information sur des alternatives thérapeutiques (80% Sans ou à défaut, à une autre dentiste ou à un dentiste par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai d'un an.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CEAM/ICAMP ou code HN	Nature de l'acte	Matériau utilisé (*)	Horaires limite de facturation	Horaires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résultat pour votre praticien
1	21	HBLD474	Pose d'une prothèse amovible	emax	715,00	715,00	225,00	157,50	0	557,50
Total:								225,00	157,50	557,50

Signature du Chirurgien-dentiste

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) légal (s)(sux)



CHARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE
 23, Bd Mireux Lauze
 13010 MARSEILLE
 Tél. 04.91 78 05 82
 477 892 688 R.C.S. Marseille