

SADOUX CLAUDE  
13 square hopkinson  
13004 marseille

355

Date de naissance: 38/10/04

N° sécu.: 138101305502802

Mutuelle: SOLMUT MUTUELLE DE FRANCE

N° de P.E.C. Jenny

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      | 23-21-11       | HBLD785 | Plural Cm-Cm-Cm avec incisive | emax | R.0    | 1 465,00 | 279,50 | 195,65 | 0    | 1 269,35 |
| 2      | 22             | HBMD479 | inter Cm 1er                  | emax | H.L.   | 600,00   | 0,00   | 0,00   | 0    | 600,00   |
| 3      | 12             | HBMD087 | Pilier Cm                     | emax | H.L.   | 600,00   | 107,50 | 75,25  | 0    | 524,75   |
| 4      | 13             | HBMD087 | Pilier Cm                     | emax | H.L.   | 600,00   | 107,50 | 75,25  | 0    | 524,75   |
| 5      | 12-11-21-22-23 | HBLD034 | BRIDGE provisoire             | emax | N.P.C. | 250,00   | 0,00   | 0,00   | 0    | 250,00   |
| 6      | 23             | HBLD090 | Inlay core pour Rac 0         | emax | R.0    | 175,00   | 90,00  | 63,00  | 0    | 112,00   |
| Total: |                |         |                               |      |        | 3 690,00 | 584,50 | 409,15 | 0,00 | 3 280,85 |

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 09 Février 2022

NOM, SIGNATURE

MONSIEUR SADOUX CLAUDE

AGENCE CSMR  
SERVICE CSMR  
TSA 21123  
06709 ST LAURENT DU VAR CEDEX  
Tel : 08 00 00 50 45

13 SQUARE HOPKINSON  
13004 MARSEILLE

Dossier suivi par : YE Emmanuel

Marseille, le 08/02/2022

N° contrat : 2427 - N° SS : 1381013055028  
Bénéficiaire des soins : SADOUX CLAUDE

Monsieur,

Nous faisons suite à votre demande de devis. Nous vous informons que l'estimation mentionnée ci-dessous est donnée à titre indicatif et n'a pas de valeur contractuelle.

Nos remboursements dépendent :

- ☒ de la prise en charge effective par votre organisme d'Assurance Maladie Obligatoire CAMIEG (AMO),
- ☒ de l'ouverture de vos droits aux prestations à la date de prise en charge par la CAMIEG ou à défaut à la date de facturation,
- ☒ des prestations dont vous bénéficiez, à cette date, au titre de votre garantie CSM Retraités + votre option CONFIANCE éventuellement souscrite (Montant mutuelle),
- ☒ des sommes qui vous ont déjà été remboursées pour les prestations exprimées dans la limite d'un plafond annuel ou sous forme de forfaits, ou des sommes susceptibles d'être versées par le régime complémentaire CAMIEG, données à titre indicatif (Montant Autre.mut),
- ☒ de la stricte adéquation entre les prestations fournies et facturées, et celles communiquées sur le devis du professionnel de santé, ainsi que de la qualité et de la précision des informations portées sur le devis par votre praticien,
- ☒ de l'adhésion du praticien au Contrat d'Accès aux Soins\* (CAS) ou au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Rappel soins à l'étranger : Le remboursement des soins effectués à l'étranger est assuré dans la limite de la garantie souscrite et sous réserve de la prise en charge préalable de l'assurance maladie obligatoire. Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

| N° Dent | Acte                               | Mat | Profil Tiers | CAS | Montant Dépense | Base AMO | Taux AMO | Montant AMO | Montant autre mut. | Montant AMC | Reste à charge |
|---------|------------------------------------|-----|--------------|-----|-----------------|----------|----------|-------------|--------------------|-------------|----------------|
| 11      | HBLD785 Pose d'une prothèse plu... | 00  | LIB          | Non | 1 465,00        | 279,50   | 70       | 195,65      | 1 187,88           | 81,47       | 0,00           |
| 22      | HBM0479 Adjonction 1er élément ... | 00  | LIB          | Non | 600,00          | 0,00     | 0        | 0,00        | 0,00               | 360,00      | 240,00         |
| 12      | HBM0087 Adjonction ancrage céra... | 00  | LIB          | Non | 600,00          | 107,50   | 70       | 75,25       | 456,88             | 67,87       | 0,00           |
| 13      | HBM0087 Adjonction ancrage céra... | 00  | LIB          | Non | 600,00          | 107,50   | 70       | 75,25       | 456,88             | 67,87       | 0,00           |
| 11      | HBLD034 Pose prothèse dentaire ... | 00  | LIB          | Non | 250,00          | 0,00     | 0        | 0,00        | 0,00               | 250,00      | 0,00           |
| 23      | HBLD090 Pose d'une infrastructu... | 00  | LIB          | Non | 175,00          | 90,00    | 70       | 63,00       | 112,00             | 0,00        | 0,00           |
|         |                                    |     |              |     | 3 690,00        | 584,50   |          | 409,15      | 2 213,64           | 827,21      | 240,00         |

Ce devis est valable pour l'année civile en cours. Il est à renouveler si les actes sont pratiqués sur l'année suivante.

\* A défaut d'information, le calcul se fera sur la base de remboursement des médecins n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux Soins ou n'ayant pas signé le dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Le profil tiers indique la nature du tiers professionnel : LIBéral, Organisme Santé Mutualiste, HOPital, ou SEH : soins externes.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information et vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations mutualistes.

Le Représentant de la Mutuelle