

MARCHAND ROBERT  
99 rue des fenals BT.A.5  
13010 Marseille  
Date de naissance: 1962/03/03  
N° sécu.: 162038405403818  
Mutuelle: MUTUELLE GENERALE

212

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ref:212\*

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      | 44-34 | HBLD680 | 1-2-3-4 Couronne E-max | emax | R.0    | 500,00   | 120,00 | 84,00  | 416    | 0,00   |
| 2      | 44-34 | HBLD680 | 1-2-3-4 Couronne E-max | emax | R.0    | 500,00   | 120,00 | 84,00  | 416    | 0,00   |
| Total: |       |         |                        |      |        | 1 000,00 | 240,00 | 168,00 | 832,00 | 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 29 Septembre 2022

NOM, SIGNATURE

Lu et approuvé



## RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Réf. almerys : 47495500  
PEC n° 96197  
N° almerys : 2022092900096197

**Praticien :**  
Nom: ESKENAZI ROBERT (134020551)  
Adresse : 78 BD MIREILLE LAUZE  
Code postal : 13010  
Ville : MARSEILLE  
Téléphone : 04 91 79 85 82  
Fax : 04 91 25 57 81  
Date de la PEC : 29/09/2022  
Date de fin de validité de la PEC : 26/06/2023  
Date de péremption de la PEC : 26/06/2023

**Bénéficiaire :**  
Nom: MARCHAND  
Prénom: Robert  
N° Sécurité sociale : 1 62 03 84 054 038  
Date et rang de naissance : 03/03/1962 - 1  
Nom de l'org. complémentaire : COLLECTIF ITILIS

Taux : 70% Régime général

| N° Dent | Nature de l'acte   | Cotation CCAM ou NGAP | Acte non remboursé RO | Honoraires | Base de remboursement RO | Montant RO | Montant RC |
|---------|--------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--------------------------|------------|------------|
| 34      | Prothèse fixe RAC0 | PFO                   |                       | 500,00 €   | 120,00 €                 | 84,00 €    | 416,00 €   |
| 44      | Prothèse fixe RAC0 | PFO                   |                       | 500,00 €   | 120,00 €                 | 84,00 €    | 416,00 €   |

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| Montant total net TTC                               | 1 000,00 € |
| Montant pris en charge par le régime obligatoire    | 168,00 €   |
| Montant pris en charge par le régime complémentaire | 832,00 €   |
| Montant total à régler par l'assuré                 | 0,00 €     |

Aucune réclamation ne sera prise en compte passé 6 mois à compter de la date de facture.  
ATTENTION: Cette prise en charge doit être impérativement jointe à la facture.

Ce document est la propriété de l'assuré. Conformément à la loi informatique et liberté, l'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification de ses données auprès de son organisme complémentaire santé. Les praticiens peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification des données les concernant auprès d'almerys - 46, rue du Ressort - 63967 - Clermont-Ferrand CEDEX 9.

*Laet*  
46, rue du Ressort - 63967 Clermont Ferrand CEDEX 9  
Tél: 0 825 826 214 - Email: almepec@almerys.com - Fax: 0 825 826 195