

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.

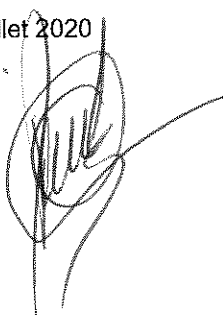
Le taux de stabilité de ces racines artificielles est de l'ordre de 95% (taux qui diminue nettement chez les fumeurs).

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 27 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 : **25 Juin 2020**
 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :
 Ce devis contient **3** pages indissoçiables.

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **ASSANTE CHARLES** Date de naissance : **01-07-44**
 N° de Sécurité sociale du patient : **144071307000806**

A remplir 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 ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée :
☐ en France ☐ 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 :

* HN = Hors Nomenclature, 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 définie à la date de réalisation de l'acte.

Matériaux et normes :		1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874	2	Résine Dent NF en ISO 23112	3	Céramique Monomérique NF en ISO 6872
Codes		Libellés	Conditions tarifaires		Prises en charge complémentaires		
1		100% Sans	soumis à honoraires limités de facturation		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité		
2		Mixte	soumis à honoraires limités de facturation		selon le contrat du patient		
3		Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient		
4		CSS	soumis à honoraires limités de facturation		pour les assurances membres de 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 : ASSANTE CHARLES Date de naissance : 01-07-44
N° de Sécurité sociale du patient : 144071307000806

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 ventes du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	22-13	LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux	emax	H.L.	1 000,00	0,00	0,00	0,00	1 000,00
2	22-13	LAPB004	Dégagement et activation de 2	emax	N.P.C.	300,00	0,00	0,00	0,00	300,00
3	13-22	HBLD017	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00
Total:						1 800,00	0,00	0,00	0,00	1 800,00

Information alternative thérapeutique - en cas de refus à charge parentale, une information sur des alternatives thérapeutiques (OAT) doit être donnée au patient. Il est recommandé de donner une information sur des alternatives thérapeutiques (OAT) à l'occasion d'un rendez-vous de soins dentaires. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, ainsi qu'à des soins.

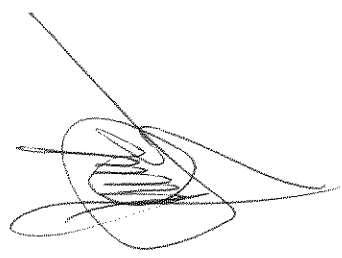
Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM/NCAP ou code PIN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Placements initiaux de l'actuel	Montants remboursés Assurance Maladie obligatoire	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Possibilité de versement par tiers payant
						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:										0,00

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

Signature du Chirurgien-dentiste

Ben pour accord



**CLAR DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREHE LAUZE**

78, Bd Mirehe Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 78 85 82
477 892 688 R.C.S. Marseille