

2926 —

VIALE BERNARD
CASTEL ROCH 41 RUE ANDRE AUDOLI
13010 MARSEILLE
Date de naissance: 1937/03/12
N° sécu.: 137038306903844
Mutuelle: Mutuelle Mieux Etre

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	14	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0	416,00
2	14	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	0	112,00
3	14	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,00	0	53,00
Total:						735,00	220,00	154,00	0,00	581,00

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 07 Décembre 2021

NOM, SIGNATURE

lu et approuvé
Viale



RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Réf. almerys : 43055177
PEC n° 42161
N° almerys : 2021120700042161

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 : 07/12/2021
Date de fin de validité de la PEC : 06/01/2022
Date de péremption de la PEC : 06/01/2022

Bénéficiaire :
Nom : VIALE
Prénom : BERNARD
N° Sécurité sociale : 1 37 03 83 069 038
Date et rang de naissance : 12/03/1937 - 1
Nom de l'org. complémentaire : MME

Taux : 70% Régime général

N° Dent	Nature de l'acte	Code CCAM ou NGAP	Acte non remboursé RO	Honoraires	Base de remboursement RO	Montant RO	Montant RC
14	Couronne transitoire RAC0	CT0		60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €
14	Prothèse fixe RAC0	PF0		500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €
14	Inlay core RAC0	IC0		175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €

Montant total net TTC	735,00
Montant pris en charge par le régime obligatoire	154,00
Montant pris en charge par le régime complémentaire	581,00
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.