



Clinique S' Pierre  
OTTIGNIES

# ESTIMATION : IMPLANT DENTAIRE, GREFFE OSSEUSE ET SINUS LIFT

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom et Nom : .....

Date de naissance : .....

Date d'intervention : .....

Chirurgien : .....

## VOUS ALLEZ BÉNÉFICIER D'UNE INTERVENTION

- Greffe en ONLAY ;
- Sinus lift ;
- Greffe osseuse prélevée au niveau du menton de la ligne oblique externe ou du crâne ;
- Mise en place d'un implant.

## CETTE INTERVENTION VOUS A ÉTÉ EXPLIQUÉE

- Incision de la muqueuse ;
- Exposition de la surface osseuse et fenêtre dans le sinus ;
- Comblement de la poche créée après avoir soulevé la muqueuse ;
- Fixation du greffon par des vis
- Nécessité d'une hygiène RIGoureuse ;
- Toute consommation tabagique est strictement contre indiquée ;
- A prévoir, le coût de vis de cicatrisation lors d'un contrôle post-op (dénudation)
- Anesthésiste générale ;
- Anesthésie locale.

## LES RISQUES

1. Liés au mode d'anesthésie :
  - Anesthésie générale ou anesthésie locale.
2. Liés à l'intervention :
  - Hémorragie ;
  - Infection ;
  - Absence de prise de greffe ;
  - Hypoesthésie du V3 (prélèvement menton)

Tous les renseignements nécessaires à votre intervention se trouvent sur le site internet de la clinique Saint-Pierre : [www.cspo.be](http://www.cspo.be) à l'onglet « **Patients** » dans la rubrique « **Services** » et choisir **Stomatologie**.

L'intervention est prise en charge par l'INAMI mais le matériel pourrait être à votre charge :

- O Os synthétique (flacon) : **99,82 €** pièce
- O Membrane de couverture : **162,38 €** pièce
- O Matériel d'ostéosynthèse : le prix est en fonction du nombre du matériel utilisé.
- O Implant dentaire : **800,- € pièce** (nombre à prévoir : .....)
- O Vis de cicatrisation : **50,- € pièce** (nombre à prévoir : .....)

Ce document est valable 1 an (janvier – décembre de l'année en cours)

Le coût de l'intervention : ..... €, (Hors les frais de pharmacie et le matériel qui pourraient être ajoutés pour les besoins de l'intervention).

## LA FACTURATION

Nous vous demandons de payer la somme, 10 jours ouvrables avant le placement de l'implant ou des implants par virement bancaire sur le numéro de compte : la Clinique Saint-Pierre : **BE 82 7320 0789 7568**.

Communication à mentionner lors du paiement: *Acompte soins stomatologie – nom et prénom – votre date de naissance (jj-mm-aa) - date de l'intervention.*

En cas de difficultés financières, nous vous invitons à contacter le plus rapidement possible le « Service Facturation Patient » soit par :

**E-mail** : [facturation.patients@cspo.be](mailto:facturation.patients@cspo.be)

**Téléphone** : 010 437 712 | De 08h00 à 12h00 (lun-mer-ven) & de 13h00 à 16h00 (mar - jeu) |

**Fax** : 010 437 741

En cas de non-paiement de l'acompte 10 jours avant la date du rendez-vous, nous nous verrons dans l'obligation de postposer l'intervention.

Le secrétariat de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale reste à votre disposition pour de plus amples informations durant les heures d'ouverture.