Examen
de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

partie à adresser à l'organisme d'affiliation

502471 003157 002059 02/02 02/02 EBD-3722

date limite de réalisation de l'examen : 06 / 11 / 2021

Assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : Karine LAMARE
NIR 2 7 7 1 1 1 3 0 0 1 1 4 9 4 1
bénéficiaire : Lou LAMARE--EL KADMIRI
date de naissance 0 6 1 1 2 0 0 8

Organisme d'affiliation

SECURITE SOCIALE-M.G.E.N.
SECTION DES BOUCHES DU RHONE
13411 MARSEILLE CEDEX 20

Identification du praticien et **Identification de la structure**
(raison sociale du cabinet, de l'établissement...)

Dr ~~[illegible]~~ Eshenazi Robert

Praticien remplaçant
identifiant
nom et prénom :

n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen
radiographie(s) réalisée(s) : 0 1 ou 2 3 ou 4 panoramique X
examen complexe : oui non
montant des honoraires : euros
document télétransmis : oui non

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

renseignements à conserver par le praticien

Renseignements médicaux à compléter et à conserver **impérativement** dans le dossier - papier ou informatique - du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

schéma dentaire à compléter
(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)
C : dent cariée **A** : dent absente pour cause de carie **O** : dent obturée **S** : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

état parodontal
- parodontopathie : oui ☐ non ☐

besoins de soins dans le cadre du dispositif : oui ☐ non ☐
si oui :
- détartrage ☐
- scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :
- dent(s) à soigner ☐

besoins de soins hors du cadre du dispositif : oui ☒ non ☐
si oui :
- ODF ☒ - prothèse(s) ☐

acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention : oui ☐ non ☒

date de réalisation de l'examen

Assuré(e) - bénéficiaire

assuré(e) : Karine LAMARE
NIR 2 7 7 1 1 1 3 0 0 1 1 4 9 4 1

Organisme d'affiliation

SECURITE SOCIALE-M.G.E.N.
SECTION DES BOUCHES DU RHONE